федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. СеченоваМинистерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Институт клинической медицины им.
Н.В. Склифосовского
кафедра Судебной медицины

Методические материалы по дисциплине:

Судебная медицина и медицинское право

основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета

КОД Наименование ОП 31.05.02 Педиатрия

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

I. Блок Судебная медицина

1) КРОВОПОДТЕК НА НИЖНЕМ И ВЕРХНЕМ ВЕКАХ ПРАВОГО ГЛАЗА РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ,_____ЗДОРОВЬЮ
A. не причинившее вреда +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. причинившее тяжкий вред

2) ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ УШИБЛЕННАЯ РАНА ТЕМЕННОЙ ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ, ПРОНИКАЮЩАЯ В ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА, РАСЦЕНИВАЕТСЯ ПО КВАЛИФИЦИРУЮЩЕМУ ПРИЗНАКУ _____
A. опасность для жизни человека +
B. значительной стойкой утраты общей трудоспособности менее чем на одну треть
C. временного нарушения функций органов и (или) систем продолжительностью до трех недель от момента причинения травмы
D. временного нарушения функций органов и (или) систем продолжительностью более трех недель от момента причинения травмы

3) ПРИ НАЛИЧИИ НЕСКОЛЬКИХ МЕДИЦИНСКИХ КРИТЕРИЕВ ТЯЖЕСТЬ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО КРИТЕРИЮ, КОТОРЫЙ СООТВЕТСТВУЕТ _____
A. большей степени тяжести вреда +
B. меньшей степени тяжести вреда
C. повреждениям внутренних органов
D. наружным повреждениям

4) УШИБЛЕННАЯ РАНА НИЖНЕЙ ГУБЫ, ПОДВЕРГНУТАЯ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ С НАЛОЖЕНИЕМ 2-Х ШВОВ, ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее легкий вред +
B. причинившее тяжкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

5) ОТМОРОЖЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ III СТЕПЕНИ С ПЛОЩАДЬЮ ПОРАЖЕНИЯ, ПРЕВЫШАЮЩЕЕ 15% ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА, РАСЦЕНИВАЮТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЯ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившие тяжкий вред +
B. причинившие легкий вред
C. причинившие средней тяжести вред
D. не причинившие вреда

6) ТЕРМИЧЕСКИЙ ОЖОГ ПРАВОЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ III СТЕПЕНИ С ПЛОЩАДЬЮ ПОРАЖЕНИЯ 20% ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЯ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившие тяжкий вред +
B. не причинившие вреда
C. причинившие легкий вред

D. причинившие средний тяжести вред

7) ТРАВМАТИЧЕСКОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ В ОБЛАСТИ ПРАВОГО КАРОТИДНОГО СИНУСА, СОПРОВОЖДАВШЕЕСЯ В МОМЕНТ ПРИЧИНЕНИЯ РЕФЛЕКТОРНОЙ ОСТАНОВКОЙ СЕРДЦА, ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вред

8) РУБЛЕНАЯ РАНА ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГРУДИ С ПЕРЕЛОМАМИ V-VI ГРУДНЫХ ПОЗВОНКОВ, ПРОНИКАЮЩАЯ В ПОЗВОНОЧНЫЙ КАНАЛ БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. не причинившее вред
D. причинившее средней тяжести вред

9) СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ЖИВОГО ЛИЦА, ПОСТРАДАВШЕГО В РЕЗУЛЬТАТЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ПРОИСШЕСТВИЯ, ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ _____
A. постановления следователя +
B. ходатайства адвоката
C. направления травматолога
D. письменного заявления пострадавшего

10) УКАЖИТЕ КВАЛИФИЦИРУЮЩИЙ ПРИЗНАК ТЯЖКОГО ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть +
B. значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть
C. кратковременное расстройство здоровья до 21 дня включительно
D. отсутствие незначительной стойкой утраты общей трудоспособности

11) КВАЛИФИЦИРУЮЩИЙ ПРИЗНАК СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА ЭТО
A. значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть +
B. значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть
C. кратковременное расстройство здоровья до 21 дня
D. отсутствие незначительной стойкой утраты общей трудоспособности

12) КВАЛИФИЦИРУЮЩИЙ ПРИЗНАК ЛЕГКОГО ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА ЭТО
A. кратковременное расстройство здоровья до 21 дня включительно +
B. значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть
C. значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть
D. отсутствие незначительной стойкой утраты общей трудоспособности

13) КОЛОТАЯ РАНА, ПРОНИКАЮЩАЯ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ, ОБРАЗОВАВШАЯСЯ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ, ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА

A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. не причинившее вред
D. причинившее средней тяжести вред

14) ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

15) ЕСЛИ ЛИЦО, В ОТНОШЕНИИ КОТОРОГО НАЗНАЧЕНА СУДЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА, НЕ ДОСТИГЛО ВОЗРАСТА _____, ТО ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОИЗВОДСТВО СУДЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ДАЕТСЯ ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ЭТОГО ЛИЦА (СТАТЬЯ 28 №73-ФЗ)
A. 16 лет +
B. 15 лет
C. 21 года
D. 18 лет

16) ПЕРЕЛОМ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ, ОБРАЗОВАШИЙСЯ ВО ВРЕМЯ ФИКСАЦИИ РУК ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БОЛЬНОГО, ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

17) ПЕРЕЛОМ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее средней тяжести вред +
B. причинившее тяжкий вред
C. причинившее легкий вред
D. не причинившее вреда

18) ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ НОСА БЕЗ СМЕЩЕНИЯ И ДЕФОРМАЦИИ НАРУЖНОГО НОСА ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее легкий вред +
B. причинившее тяжкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

19) ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ НОСА, СОПРОВОЖДАВШИЙСЯ ДВУСТОРОННИМ НАРУШЕНИЕМ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ, ВЛЕЧЕТ ЗА СОБОЙ СТОЙКУЮ УТРАТУ ОБЩЕЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ В РАЗМЕРЕ 10%, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее средней тяжести вред +
B. причинившее тяжкий вред
C. причинившее легкий вред
D. не причинившее вреда

20) ПЕРЕЛОМ ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ЧЕРЕПА ПО ЛЕ ФОР II ТИПА РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее средней тяжести вред +
B. причинившее тяжкий вред
C. причинившее легкий вред
D. не причинившее вреда

21) ССАДИНА РАЗМЕРАМИ 3,0 Х 0,5 СМ В ЛОБНОЙ ОБЛАСТИ СЛЕВАРАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. не причинившее вреда +
B. причинившее средней тяжести вред
C. причинившее тяжкий вред
D. причинившее легкий вред

22) РАЗВИТИЕ ПЕРИТОНИТА ПРИ НЕСВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинение тяжкого вреда +
B. причинение легкого вреда
C. не причинение вреда
D. причинение средней тяжести вреда

23) ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ НОСА РАСПРОСТРАНЯЮЩИЙСЯ НА ПРОДЫРЯВЛЕННУЮ ПЛАСТИНКУ РЕШЕТЧАТОЙ КОСТИ, ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. не причинившее вреда
C. причинившее средней тяжести вред
D. причинившее легкий вред

24) ПЕРЕЛОМ ПЛАСТИНЫ ЩИТОВИДНОГО ХРЯЩА ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО КВАЛИФИЦИРУЮЩЕМУ ПРИЗНАКУ_____
A. опасный для жизни +
B. стойкая утрата общей трудоспособности свыше 35 процентов
C. длительность расстройства здоровья более 21-го дня
D. незначительная стойкая утрата общей трудоспособности менее 10 процентов

25) _____ ОПРЕДЕЛЯЕТ ИЗГЛАДИМОСТЬ ИЛИ НЕИЗГЛАДИМОСТЬ РУБЦА НА ЛИЦЕ В ЩЕЧНОЙ ОБЛАСТИ
A. судебно-медицинский эксперт +
B. следователь
C. судья
D. дознаватель

26) НАЛИЧИЕ ИЛИ ОТСУТСТВИЕ ОБЕЗОБРАЖИВАНИЯ ЛИЦА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
A. судом +
B. следователем
C. судебно-медицинским экспертом
D. дознавателем

27) РУБЛЕНАЯ РАНА БЕДРА С ОБИЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ С РАЗВИТИЕМ ШОКА III СТЕПЕНИ, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА

A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. не причинившее вред
D. причинившее средней тяжести вред

28) КОЛОТО-РЕЗАНАЯ РАНА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ, ПРОНИКАЮЩАЯ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ, ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА

A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. не причинившее вред
D. причинившее средней тяжести вред

29) У ПОТЕРПЕВШЕГО ОБНАРУЖЕНА ПОВЕРХНОСТНАЯ РЕЗАНАЯ РАНА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ДЛИНОЙ 1,7 СМ, НЕ ПОТРЕБОВАВШАЯ НАЛОЖЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ШВОВ. УКАЖИТЕ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА: _____

A. не причинившее вред +
B. легкий вред
C. тяжкий вред
D. средней тяжести вред

30) ВДАВЛЕННЫЙ ЗАКРЫТЫЙ ПЕРЕЛОМ ГОЛОВКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ,_____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА

A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. не причинившее вреда
D. причинившее средней тяжести вред

31) ВДАВЛЕННЫЙ ПЕРЕЛОМ ЛОБНОЙ КОСТИ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА

A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. не причинившее вреда
D. причинившее средней тяжести вред

32) РЕЗАНАЯ РАНА ЛЕВОГО ПЛЕЧА, СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА

A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. не причинившее вреда
D. причинившее средней тяжести вред

33) РАЗРЫВ КАПСУЛЫ И ПАРЕНХИМЫ КАПСУЛЫ ПОЧКИ, ВОЗНИКШИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА

A. причинившее тяжкий вред +

B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

34) ТРАВМАТИЧЕСКАЯ АМПУТАЦИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НА УРОВНЕ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. не причинившее вред
D. причинившее средней тяжести вред

35) ТРАВМАТИЧЕСКИЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ БЕЗ НАЛИЧИЯ ОЧАГОВОЙ И СТВОЛОВОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТА ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее средней тяжести вред +
B. причинившее легкий вред
C. не причинившее вред
D. причинившее тяжкий вред

36) ТРАВМАТИЧЕСКИЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ, СОПРОВОЖДАВШИЕСЯ ОБЩЕМОЗГОВОЙ, ОЧАГОВОЙ, СТВОЛОВОЙ СИМПТОМАТИКОЙ, РАСЦЕНИВАЮТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. не причинившее вред
D. причинившее средней тяжести вред

37) ПЕРЕЛОМ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее средней тяжести вред +
B. причинившее легкий вред
C. не причинившее вред
D. причинившее тяжкий вред

38) РЕЗАНАЯ РАНА НА ЛАДОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ СРЕДИННОЙ ФАЛАНГИ 2-ГО ПАЛЬЦА ПРАВОЙ КИСТИ, ПОДВЕРГНУТАЯ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ С НАЛОЖЕНИЕМ 2-Х ШВОВ, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее легкий вред +
B. причинившее тяжкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

39) УКАЖИТЕ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА, ЕСЛИ У ПОТЕРПЕВШЕГО ОБНАРУЖЕНЫ КРОВОПОДТЕКИ ЛИЦА И ПЕРЕЛОМ СРЕДИННОЙ ФАЛАНГИ 3-ГО ПАЛЬЦА ПРАВОЙ КИСТИ.: _____
A. средней тяжести вред +
B. легкий вред
C. без вреда

D. тяжкий вред

40) ПОВЕРХНОСТНАЯ РАНА ЛАДОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРАВОЙ КИСТИ, КОТОРАЯ НЕ ПОТРЕБОВАЛА НАЛОЖЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ШВОВ, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, ____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. не причинившее вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. причинившее тяжкий вред

41) РУБЛЕНАЯ РАНА ШЕИ С ПЕРЕЛОМАМИ 4-6 ШЕЙНОГО ПОЗВОНКОВ, ПРОНИКАЮЩАЯ В ПОЗВОНОЧНЫЙ КАНАЛ, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. не причинившее вред
D. причинившее средней тяжести вред

42) УШИБЛЕННАЯ РАНА ТЕМЕННОЙ ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ СЛЕВА, ПРОНИКАЮЩАЯ В ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. не причинившее вред
D. причинившее средней тяжести вред

43) УШИБЛЕННАЯ РАНА ТЕМЕННО-ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ, КОТОРАЯ БЫЛА ПОДВЕРГНУТА ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ С НАЛОЖЕНИЕМ 4-Х ШВОВ, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее легкий вред +
B. причинившее тяжкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

44) ТРАВМАТИЧЕСКИЙ РАЗРЫВ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ ЛЕВОГО КОЛЕННОГО СУСТАВА РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее средней тяжести вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее тяжкий вред
D. не причинившее вреда

45) УКАЖИТЕ, ПО КАКОМУ КВАЛИФИЦИРУЮЩЕМУ ПРИЗНАКУ ОЦЕНИВАЕТСЯ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ РАЗРЫВ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ _____
A. длительное расстройство здоровья свыше 21 дня +
B. значительной стойкой утраты общей трудоспособности не менее чем на одну треть
C. отсутствия незначительной стойкой утраты общей трудоспособности
D. кратковременного расстройства здоровья до 21 дня включительно

46) УШИБЛЕННАЯ РАНА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ, ПОДВЕРГНУТАЯ

ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ С НАЛОЖЕНИЕМ 4-Х ШВОВ, ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО КВАЛИФИЦИРУЮЩЕМУ ПРИЗНАКУ _____

A. кратковременного расстройства здоровья до 21 дня включительно +
B. длительности расстройства здоровья свыше 21 дня
C. значительной стойкой утраты общей трудоспособности не менее чем на одну треть
D. отсутствия незначительной стойкой утраты общей трудоспособности

47) РУБЛЕНАЯ РАНА ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ, ПРОНИКАЮЩАЯ В ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА, ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ПРИЗНАКУ _____

A. опасность для жизни человека +
B. значительной стойкой утраты общей трудоспособности менее чем на одну треть
C. временного нарушения функций органов и (или) систем продолжительностью до трех недель от момента причинения травмы
D. временного нарушения функций органов и (или) систем продолжительностью свыше трех недель от момента причинения травмы

48) РУБЛЕНАЯ РАНА ШЕИ С ПЕРЕЛОМАМИ 4-6 ШЕЙНОГО ПОЗВОНКОВ, ПРОНИКАЮЩАЯ В ПОЗВОНОЧНЫЙ КАНАЛ, ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ПРИЗНАКУ _____

A. опасность для жизни человека +
B. значительной стойкой утраты общей трудоспособности менее чем на одну треть
C. временного нарушения функций органов и (или) систем продолжительностью до трех недель от момента причинения травмы
D. временного нарушения функций органов и (или) систем продолжительностью свыше трех недель от момента причинения травмы

49) ПОВЕРХНОСТНАЯ РАНА ЛАДОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРАВОЙ КИСТИ, НЕ ПОТРЕБОВАВШАЯ НАЛОЖЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ШВОВ, ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ПРИЗНАКУ _____

A. отсутствия кратковременного расстройства здоровья +
B. значительной стойкой утраты общей трудоспособности менее чем на одну треть
C. временного нарушения функций органов и (или) систем продолжительностью до трех недель от момента причинения травмы
D. временного нарушения функций органов и (или) систем продолжительностью свыше трех недель от момента причинения травмы

50) ОТМОРОЖЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ III-IV СТЕПЕНИ С ПЛОЩАДЬЮ ПОРАЖЕНИЯ 10-15% ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ОЦЕНИВАЮТСЯ ПО КВАЛИФИЦИРУЮЩЕМУ ПРИЗНАКУ _____

A. опасность для жизни человека +
B. временного нарушения функций органов и (или) систем продолжительностью до трех недель от момента причинения травмы
C. значительной стойкой утраты общей трудоспособности менее чем на одну треть
D. временного нарушения функций органов и (или) систем продолжительностью свыше трех недель от момента причинения травмы

51) УШИБЛЕННАЯ РАНА ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, ПОДВЕРГНУТАЯ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ С НАЛОЖЕНИЕМ 2-Х ШВОВ, ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО КВАЛИФИЦИРУЮЩЕМУ ПРИЗНАКУ _____

A. кратковременного расстройства здоровья до 21 дня включительно +
B. временного нарушения функций органов и (или) систем продолжительностью свыше трех недель от момента причинения травмы

C. значительной стойкой утраты общей трудоспособности менее чем на одну треть
D. значительной стойкой утраты общей трудоспособности не менее чем на одну треть

52) ТЕРМИЧЕСКИЙ ОЖОГ ПРАВОЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ III СТЕПЕНИ С ПЛОЩАДЬЮ ПОРАЖЕНИЯ 15-20% ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА И ТЕРМИЧЕСКИЙ ОЖОГ ТУЛОВИЩА ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО КВАЛИФИЦИРУЮЩЕМУ ПРИЗНАКУ _____

A. опасность для жизни человека +
B. временного нарушения функций органов и (или) систем продолжительностью до трех недель от момента причинения травмы
C. временного нарушения функций органов и (или) систем продолжительностью свыше трех недель от момента причинения травмы
D. значительной стойкой утраты общей трудоспособности не менее чем на одну треть

53) КРОВОИЗЛИЯНИЕ В ОБЛАСТИ КАРОТИДНЫХ СИНУСОВ, СОПРОВОЖДАВШЕЕСЯ РЕФЛЕКТОРНОЙ ОСТАНОВКОЙ СЕРДЦА, ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО КВАЛИФИЦИРУЮЩЕМУ ПРИЗНАКУ _____

A. опасность для жизни человека +
B. временного нарушения функций органов и (или) систем продолжительностью до трех недель от момента причинения травмы
C. временного нарушения функций органов и (или) систем продолжительностью свыше трех недель от момента причинения травмы
D. значительной стойкой утраты общей трудоспособности не менее чем на одну треть

54) РУБЛЕНАЯ РАНА ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГРУДИ С ПЕРЕЛОМАМИ 4-6 ГРУДНЫХ ПОЗВОНКОВ, ПРОНИКАЮЩАЯ В ПОЗВОНОЧНЫЙ КАНАЛ БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА, ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО КВАЛИФИЦИРУЮЩЕМУ ПРИЗНАКУ _____

A. опасность для жизни человека +
B. временного нарушения функций органов и (или) систем продолжительностью до трех недель от момента причинения травмы
C. временного нарушения функций органов и (или) систем продолжительностью свыше трех недель от момента причинения травмы
D. значительной стойкой утраты общей трудоспособности не менее чем на одну треть

55) КОЛОТАЯ РАНА, ПРОНИКАЮЩАЯ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ, ОБРАЗОВАВШАЯСЯ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ, ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО КВАЛИФИЦИРУЮЩЕМУ ПРИЗНАКУ _____

A. опасность для жизни человека +
B. временного нарушения функций органов и (или) систем продолжительностью до трех недель от момента причинения травмы
C. временного нарушения функций органов и (или) систем продолжительностью свыше трех недель от момента причинения травмы
D. значительной стойкой утраты общей трудоспособности не менее чем на одну треть

56) ПЕРЕЛОМ ДИАФИЗА ПРАВОЙ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ, ОБРАЗОВАШИЙСЯ ВО ВРЕМЯ ФИКСАЦИИ РУК ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БОЛЬНОГО ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО КВАЛИФИЦИРУЮЩЕМУ ПРИЗНАКУ _____

A. значительной стойкой утраты общей трудоспособности не менее чем на одну треть +
B. временного нарушения функций органов и (или) систем продолжительностью до трех недель от момента причинения травмы
C. временного нарушения функций органов и (или) систем продолжительностью свыше

трех недель от момента причинения травмы
D. стойкой утраты общей трудоспособности от 10 до 30 процентов включительно

57) ПЕРЕЛОМ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ПРИЗНАКУ _____
A. длительное расстройство здоровья свыше 21 дня +
B. значительной стойкой утраты общей трудоспособности не менее чем на одну треть
C. отсутствия незначительной стойкой утраты общей трудоспособности
D. кратковременного расстройства здоровья до 21 дня включительно

58) РВАНО-УШИБЛЕННАЯ РАНА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ, ПРОНИКАЮЩАЯ В ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА, ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ _____
A. опасным для жизни человека +
B. вызывающим кратковременное расстройство здоровья до 21 дня включительно
C. приводящим к незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. приводящим к значительной стойкой утрате общей трудоспособности менее чем на одну треть

59) РУБЛЕНАЯ РАНА НОСА И РЕШЕТЧАТОЙ КОСТИ, ПРОНИКАЮЩАЯ В ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ _____
A. опасным для жизни человека +
B. вызывающим кратковременное расстройство здоровья до 21 дня включительно
C. приводящим к незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. приводящим к значительной стойкой утрате общей трудоспособности менее чем на одну треть

60) ПЕРЕЛОМ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ОТНОСИТСЯ К ПОВРЕЖДЕНИЯМ _____
A. опасным для жизни человека +
B. вызывающим кратковременное расстройство здоровья до 21 дня включительно
C. приводящим к незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. приводящим к значительной стойкой утрате общей трудоспособности менее чем на одну треть

61) ПЕРЕЛОМ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА В ОБЛАСТИ СРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ОТНОСИТСЯ К ПОВРЕЖДЕНИЯМ _____
A. опасным для жизни человека +
B. вызывающим кратковременное расстройство здоровья до 21 дня включительно
C. приводящим к незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. приводящим к значительной стойкой утрате общей трудоспособности менее чем на одну треть

62) ПЕРЕЛОМ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА В ОБЛАСТИ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ОТНОСИТСЯ К ПОВРЕЖДЕНИЯМ _____
A. опасным для жизни человека +
B. вызывающим кратковременное расстройство здоровья до 21 дня включительно
C. приводящим к незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. приводящим к значительной стойкой утрате общей трудоспособности менее чем на одну треть

63) ПЕРЕЛОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕОСЛОЖНЕННЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ, ПРИВОДЯЩИМ К _____

A. длительному расстройству здоровья свыше 21 дня +
B. кратковременному расстройству здоровья до 21 дня включительно
C. незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. значительной стойкой утрате общей трудоспособности менее чем на одну треть

64) ПЕРЕЛОМ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ ОТНОСИТСЯ К ПОВРЕЖДЕНИЯМ, ПРИВОДЯЩИМ К _____

A. длительному расстройству здоровья свыше 21 дня +
B. кратковременное расстройство здоровья до 21 дня включительно
C. к незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. к значительной стойкой утрате общей трудоспособности менее чем на одну треть

65) ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕОСЛОЖНЕННЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ, ПРИВОДЯЩИМ К _____

A. длительному расстройству здоровья свыше 21 дня +
B. кратковременное расстройство здоровья до 21 дня включительно
C. незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. значительной стойкой утрате общей трудоспособности менее чем на одну треть

66) ПЕРЕЛОМ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ К ПОВРЕЖДЕНИЯМ ПРИВОДЯЩИМ К _____

A. длительному расстройству здоровья свыше 21 дня +
B. кратковременное расстройство здоровья до 21 дня включительно
C. незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. значительной стойкой утрате общей трудоспособности менее чем на одну треть

67) ДИФФУЗНОЕ АКСОНАЛЬНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТНОСИТСЯ К ПОВРЕЖДЕНИЯМ _____

A. опасным для жизни человека +
B. вызывающим кратковременное расстройство здоровья до 21 дня включительно
C. приводящим к незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. приводящим к значительной стойкой утрате общей трудоспособности менее чем на одну треть

68) УШИБ ГОЛОВНОГО МОЗГА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ К ПОВРЕЖДЕНИЯМ _____

A. опасным для жизни человека +
B. вызывающим кратковременное расстройство здоровья до 21 дня включительно
C. приводящим к незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. приводящим к значительной стойкой утрате общей трудоспособности менее чем на одну треть

69) ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ВНУТРИМОЗГОВОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ РАЗМЕРАМИ 3,5Х2,0 СМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ _____

A. опасным для жизни человека +
B. вызывающим кратковременное расстройство здоровья до 21 дня включительно
C. приводящим к незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. приводящим к значительной стойкой утрате общей трудоспособности менее чем на одну треть

70) ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ ОТНОСИТСЯ К ПОВРЕЖДЕНИЯМ _____

A. опасным для жизни человека +
B. вызывающим кратковременное расстройство здоровья до 21 дня включительно
C. приводящим к незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. приводящим к значительной стойкой утрате общей трудоспособности менее чем на одну треть

71) УШИБ ГОЛОВНОГО МОЗГА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИ НАЛИЧИИ ОБЩЕМОЗГОВЫХ, ОЧАГОВЫХ И СТВОЛОВЫХ СИМПТОМОВ

A. создает опасность для жизни человека +
B. вызывает кратковременное расстройство здоровья
C. приводит к незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. не причиняет вреда здоровью человека

72) ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ЭПИДУРАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ НАЛИЧИЕМ ОБЩЕМОЗГОВЫХ, ОЧАГОВЫХ И СТВОЛОВЫХ СИМПТОМОВ

A. создает опасность для жизни человека +
B. вызывает кратковременное расстройство здоровья
C. приводит к незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. не причиняет вреда здоровью человека

73) ТРАВМАТИЧЕСКОЕ СУБДУРАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ НАЛИЧИЕМ ОБЩЕМОЗГОВЫХ, ОЧАГОВЫХ И СТВОЛОВЫХ СИМПТОМОВ _____

A. создает опасность для жизни человека +
B. вызывает кратковременное расстройство здоровья
C. приводит к незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. не причиняет вреда здоровью человека

74) ТРАВМАТИЧЕСКОЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ НАЛИЧИЕМ ОБЩЕМОЗГОВЫХ, ОЧАГОВЫХ И СТВОЛОВЫХ СИМПТОМОВ_____

A. создает опасность для жизни человека +
B. вызывает кратковременное расстройство здоровья
C. приводит к незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. не причиняет вреда здоровью человека

75) КОЛОТО-РЕЗАННАЯ РАНА ШЕИ, ПРОНИКАЮЩАЯ В ПРОСВЕТ ГЛОТКИ, ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ _____

A. опасным для жизни человека +
B. вызывающим кратковременное расстройство здоровья до 21 дня включительно
C. приводящим к незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. приводящим к значительной стойкой утрате общей трудоспособности менее чем на одну треть

76) ПОВЕРХНОСТНАЯ РЕЗАНАЯ РАНА ШЕИ, КОТОРАЯ НЕ ПОТРЕБОВАЛА НАЛОЖЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ШВОВ, ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ _____

A. не влекущим за собой кратковременного расстройства здоровья +
B. повлекшим значительную стойкую утрату общей трудоспособности менее чем на

одну треть
C. повлекшим временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью свыше трех недель
D. повлекшим значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть

77) ГЛУБОКАЯ РЕЗАНАЯ РАНА ШЕИ, СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ _____
A. опасным для жизни человека +
B. вызывающим кратковременное расстройство здоровья до 21 дня включительно
C. приводящим к незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. приводящим к значительной стойкой утрате общей трудоспособности менее чем на одну треть

78) ПЕРЕЛОМ ЩИТОВИДНОГО ХРЯЩА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ _____
A. опасным для жизни человека +
B. вызывающим кратковременное расстройство здоровья до 21 дня включительно
C. приводящим к незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. приводящим к значительной стойкой утрате общей трудоспособности менее чем на одну треть

79) УШИБЛЕННАЯ РАНА ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ, ПРОНИКАЮЩАЯ В ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА, ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

80) РУБЛЕНАЯ РАНА НОСА И РЕШЕТЧАТОЙ КОСТИ, ПРОНИКАЮЩАЯ В ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

81) ПЕРЕЛОМ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

82) ПЕРЕЛОМ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА В ОБЛАСТИ СРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

83) ПЕРЕЛОМ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА В ОБЛАСТИ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

84) ПЕРЕЛОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕОСЛОЖНЕННЫЙ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее средней тяжести вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее тяжкий вред
D. не причинившее вреда

85) ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ К ПОВРЕЖДЕНИЮ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее средней тяжести вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее тяжкий вред
D. не причинившее вреда

86) ПЕРЕЛОМ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее средней тяжести вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее тяжкий вред
D. не причинившее вреда

87) ДИФФУЗНОЕ АКСОНАЛЬНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

88) УШИБ ГОЛОВНОГО МОЗГА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

89) ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ВНУТРИМОЗГОВОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

90) ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА

A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

91) УШИБ ГОЛОВНОГО МОЗГА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ С НАЛИЧИЕМ ОБЩЕМОЗГОВЫХ, ОЧАГОВЫХ И СТВОЛОВЫХ СИМПТОМОВ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

92) ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ЭПИДУРАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ С ПРОЯВЛЕНИЕМ ОБЩЕМОЗГОВЫХ, ОЧАГОВЫХ И СТВОЛОВЫХ СИМПТОМОВ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

93) ТРАВМАТИЧЕСКОЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ С НАЛИЧИЕМ ОБЩЕМОЗГОВЫХ, ОЧАГОВЫХ И СТВОЛОВЫХ СИМПТОМОВ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

94) КОЛОТО-РЕЗАНАЯ РАНА ШЕИ, ПРОНИКАЮЩАЯ В ПРОСВЕТ ГЛОТКИ, ОТНОСИТСЯ К ПОВРЕЖДЕНИЯМ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившим тяжкий вред +
B. причинившим легкий вред
C. причинившим средней тяжести вред
D. не причинившим вреда

95) ПОВЕРХНОСТНАЯ РЕЗАНАЯ РАНА ШЕИ, БЕЗ НАЛОЖЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ШВОВ, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. не причинившее вреда +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. причинившее тяжкий вред

96) РЕЗАНАЯ РАНА ШЕИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

97) РЕЗАНАЯ РАНА ШЕИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПИЩЕВОДА И ТРАХЕИ

РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

98) ПЕРЕЛОМ ВЕРХНИХ РОГОВ ЩИТОВИДНОГО ХРЯЩА ГОРТАНИ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ, _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

99) ПЕРЕЛОМ ПЕРСТНЕВИДНОГО ХРЯЩА ГОРТАНИ ОТНОСИТСЯ К ПОВРЕЖДЕНИЯМ _____
A. опасным для жизни человека +
B. вызывающим кратковременное расстройство здоровья до 21 дня включительно
C. приводящим к незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. приводящим к значительной стойкой утрате общей трудоспособности менее чем на одну треть

100) ПЕРЕЛОМ ЧЕРПАЛОВИДНОГО ХРЯЩА ГОРТАНИ ОТНОСИТСЯ К ПОВРЕЖДЕНИЯМ _____
A. опасным для жизни человека +
B. вызывающим кратковременное расстройство здоровья до 21 дня включительно
C. приводящим к незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. приводящим к значительной стойкой утрате общей трудоспособности менее чем на одну треть

101) ПЕРЕЛОМ ПЕРСТНЕВИДНОГО ХРЯЩА ГОРТАНИ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

102) ПЕРЕЛОМ ЧЕРПАЛОВИДНЫХ ХРЯЩЕЙ ГОРТАНИ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ _____ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
A. причинившее тяжкий вред +
B. причинившее легкий вред
C. причинившее средней тяжести вред
D. не причинившее вреда

103) ПЕРЕЛОМ РОЖКОВИДНОГО ХРЯЩА ГОРТАНИ ОТНОСИТСЯ К ПОВРЕЖДЕНИЯМ _____
A. опасным для жизни человека +
B. вызывающим кратковременное расстройство здоровья до 21 дня включительно
C. приводящим к незначительной стойкой утрате общей трудоспособности
D. приводящим к значительной стойкой утрате общей трудоспособности менее чем на одну треть

104) ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ НИТРИТОВ НА ОРГАНИЗМ ОБУСЛОВЛЕНО

ОБРАЗОВАНИЕМ
A. метгемоглобина +
B. карбоксигемоглобина
C. карбоксимиоглобина
D. цианогеноглобина

105) ЕДКИЙ ЯД, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮЩИЙ ОТРАВЛЕНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ
A. уксусная кислота +
B. соляная кислота
C. щавелевая кислота
D. фосфорная кислота

106) ЕДКИЙ ЯД, ВЫЗЫВАЮЩИЙ МАССИВНЫЙ ВНУТРИСОСУДИСТЫЙ ГЕМОЛИЗ С РАЗВТИЕМ ПИГМЕНЕТНОГО НЕФРОЗА
A. уксусная кислота +
B. соляная кислота
C. серная кислота
D. карболовая кислота

107) ПОД ТЕРМИНОМ «ПОТАШ» ПОНИМАЕТСЯ
A. углекислый калий +
B. гидроксид калия
C. углекислый натрий
D. гидроксид натрия

108) ПОД ТЕРМИНОМ «ПИЩЕВАЯ СОДА» ПОНИМАЕТСЯ
A. гидрокарбонат натрия +
B. углекислый натрий
C. монохлорид ртути
D. дихлорид ртути

109) ПОД ТЕРМИНОМ «КАУСТИК» ПОНИМАЕТСЯ
A. гидроксид натрия +
B. углекислый натрий
C. монохлорид ртути
D. дихлорид ртути

110) ВЕЩЕСТВО, ОТНОСЯЩЕЕСЯ К МЕТГЕМОГЛОБИНОБРАЗУЮЩИМ ЯДАМ
A. нитробензол +
B. пары ртути
C. мышьяк
D. едкий натр

111) НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ
A. асфиксия центрального генеза +
B. хроническая кровопотеря
C. острая кровопотеря
D. болевой шок

112) НАИБОЛЬШЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОТРАВЛЕНИЕ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ ИМЕЕТ
A. биохимическое исследование крови на активность холинэстеразы +
B. фотоэлектрокалориметрическое исследование крови и мочи
C. бактериологическое исследование рвотных масс
D. спектрофотометрическое исследование крови

113) БИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВИДА ЯДА В СЛУЧАЯХ ОТРАВЛЕНИЯИ
A. ботулотоксином +
B. лепонексом
C. барбитуратами
D. морфином

114) ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ КАРБОКСИГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯД
A. спектрофотометрическое исследование +
B. иммуногистохимическое исследование
C. дактилоскопическое исследование
D. биохимическое исследование

115) ПОД ТЕРМИНОМ «КАРБОЛКА» ПОНИМАЕТСЯ
A. фенол +
B. соляная кислота
C. серная кислота
D. синильная кислота

116) ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО И СЛУХОВОГО НЕРВОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ
A. метиловым спиртом +
B. этиловым спиртом
C. препаратами ртути
D. мышьяком

117) ПРОВЕДЕНИЕ СУДЕБНО-БОТАНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОТРАВЛЕНИЙ
A. цикутой +
B. морфином
C. окисью углерода
D. амилнитритом

118) ВИШНЕВО-КРАСНАЯ ОКРАСКА ТРУПНЫХ ПЯТЕН ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ
A. цианистым калием +
B. едким калием
C. едким натрием
D. карбонатом кальция

119) ВЫРАЖЕННЫЙ ГЕМОЛИЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ
A. уксусной кислотой +
B. мышьяковистым ангидридом
C. этиловым спиртом

D. клофелином

120) ЧЕРЕЗ НЕПОВРЕЖДЕННУЮ КОЖУ МОЖЕТ ПРОНИКАТЬ СЛЕДУЮЩИЙ ЯД
A. фенол +
B. мышьяк
C. цианистый калий
D. соли ртути

121) ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИХ ЯДОВ СЧИТАЕТСЯ
A. блокирование холинэстеразы +
B. блокирование цитохромоксидаз
C. образование свободных радикалов
D. блокирование сульфгидрильных групп

122) ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК В ВИДЕ ЗАКУПОРКИ КАНАЛЬЦЕВ НЕРАСТВОРИМЫМИ КРИСТАЛЛАМИ ОКСАЛАТА КАЛЬЦИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ
A. этиленгликолем +
B. окисью углерода
C. цианистым калием
D. этиловым спиртом

123) ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ И КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАРБОКСИГЕМОГЛОБИНА У ПОСТРАДАВШИХ ИССЛЕДУЮТ
A. кровь +
B. мочу
C. кожу
D. кал

124) ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ЩЕЛОЧАМИ СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ЖЕЛУДКА СТАНОВИТСЯ
A. рыхлой +
B. плотной
C. ломкой
D. сухой

125) ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ЩЕЛОЧАМИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА ФОРМИРУЕТСЯ_____ НЕКРОЗ
A. колликвационный +
B. коагуляционный
C. гнилосный
D. аутолитический

126) МИНИМАЛЬНАЯ ДОЗА СТРИХНИНА В ГРАММАХ, КОТОРАЯ СПОСОБНА ВЫЗВАТЬ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОТРАВЛЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ
A. 0,03 +
B. 0,00005
C. 0,00008
D. 0,0001

127) ПРИ СМЕРТЕЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ ОКИСЬЮ УГЛЕРОДА ГЛАВНЫМ ЗВЕНОМ В ТАНАТОГЕНЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

A. острая гемическая (кровяная) гипоксия +
B. нарушение кислотно-щелочного равновесия
C. острая почечная недостаточность
D. острая дыхательная недостаточность

128) ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ КИСЛОТАМИ СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ЖЕЛУДКА
A. уплотняется +
B. не изменяется
C. разрыхляется
D. набухает

129) В РЕЗУЛЬТАТЕ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ МОРФИНА ЗРАЧКИ
A. резко сужены +
B. резко расширены
C. незначительно расширены
D. не изменены

130) ПОД ТЕРМИНОМ «СУЛЕМА» ПОНИМАЮТ
A. двухлористую ртуть +
B. углекислый калий
C. углекислый натрий
D. гидроксид калия

131) ПОД ТЕРМИНОМ «КАЛОМЕЛЬ» ПОНИМАЮТ
A. хлористую ртуть +
B. гидроксид натрия
C. гидроксид калия
D. углекислый калий

132) ЦИАНИСТЫЕ СОЕДИНЕНИЯ НАРУШАЮТ
A. поступление кислорода из крови в клетки +
B. восстановление кислорода в крови
C. связывание кислорода с гемоглобином крови
D. транспорт ионов кальция и натрия

133) ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СОЕДИНЕНИЯМИ РТУТИ ХАРАКТЕРНО
A. «металлический вкус» во рту +
B. рвота кофейной гущей
C. прободение стенки желудка
D. повышение температуры тела

134) РАЗДЕЛ ТОКСИКОЛОГИИ, В РАМКАХ КОТОРОГО ИЗУЧАЮТСЯ ЗАКОНОМЕРНОСТИ РЕЗОРБЦИИ, РАСПРЕДЕЛЕНИЯ, БИОТРАНСФОРМАЦИИ И ЭЛИМИНАЦИИ КСЕНОБИОТИКОВ В ОРГАНИЗМЕ НАЗЫВАЕТСЯ
A. токсикокинетикой +
B. фармакодинамикой
C. фармакокинетикой
D. фармакогенетикой

135) ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ОКИСЬЮ УГЛЕРОДА ОБРАЗУЕТСЯ ПРОЧНОЕ СОЕДИНЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА И МОНООКСИДА УГЛЕРОДА, НАЗЫВАЕМОЕ
A. карбоксигемоглобин +

B. метгемоглобин
C. дезоксигемоглобин
D. оксигемоглобин

136) ПРИ ОТРАВЛЕНИИ БЕРТОЛЕТОВОЙ СОЛЬЮ В КРОВИ ОБРАЗУЕТСЯ
A. метгемоглобин +
B. карбоксигемоглобин
C. цианогемоглобин
D. оксигемоглобин

137) ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ НА 1-3 СУТКИ ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ РАЗВИВАЕТСЯ
A. токсическая пневмония +
B. токсический полиневрит
C. токсический миокардит
D. токсический менингит

138) ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СИНИЛЬНОЙ КИСЛОТОЙ СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ЖЕЛУДКА МЕНЯЕТ ЦВЕТ ЗА СЧЕТ ОБРАЗОВАНИЯ
A. цианогемоглобина +
B. карбоксигемоглобина
C. оксигемоглобина
D. метгемоглобина

139) СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ ХИМИЧЕСКИМ ИЛИ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ВЕЩЕСТВ, ВВЕДЕННЫХ В ОРГАНИЗМ ИЗВНЕ, НАЗЫВАЮТСЯ _____ ТРАВМОЙ
A. химической +
B. авиационной
C. транспортной
D. бактериальной

140) ЯДЫ, ВЗАИМОДЕЙСТВУЮЩИЕ С ГЕМОГЛОБИНОМ И НАРУШАЮЩИЕ ЕГО ТРАНСПОРТНУЮ ФУНКЦИЮ, НАЗЫВАЮТ
A. гемоглобинотропными +
B. функциональными
C. деструктивными
D. некротическими

141) ЯДЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ГЕМОЛИЗ ЭРИТРОЦИТОВ КРОВИ, НАЗЫВАЮТ
A. гемолитическими +
B. цианолитическими
C. деструктивными
D. функциональными

142) ПО КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ СТРИХНИН ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ НЕЙРОТРОПНЫХ _____ ЯДОВ
A. судорожных +
B. гемолитических
C. деструктивных
D. щелочных

143) К ОДНОМУ ИЗ СВОЙСТВ ЯДА, СПОСОБНОГО ВЛИЯТЬ НА ХАРАКТЕР ОТРАВЛЕНИЯ, ОТНОСЯТ ЕГО _____
A. дозу (количество) +
B. температуру
C. поверхностное натяжение
D. цвет по шкале Вита

144) ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОРГАНИЗМА, ИМЕЮЩИМ ОПРЕДЕЛЕННУЮ РОЛЬ В ИСХОДЕ ОТРАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ _____
A. возраст +
B. мимика
C. настроение
D. походка

145) ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОТРАВЛЕНИЙ ПРИ ВВЕДЕНИИ ЯДОВ ЧЕРЕЗ ПРЯМУЮ КИШКУ ОБУСЛОВЛИВАЮТСЯ ТЕМ, ЧТО ЯДЫ ПОСТУПАЮТ В КРОВЬ _____ БАРЬЕР, И ТЕМ САМЫМ ОКАЗЫВАЮТ БОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЕ ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ
A. минуя печеночный +
B. через печеночный
C. минуя гемато-энцефалический
D. через гемато-энцефалический

146) НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ВНЕШНИЕ УСЛОВИЯ (ПОВЫШЕННАЯ ИЛИ ПОНИЖЕННАЯ ТЕМПЕРАТУРА, ВЛАЖНОСТЬ, АТМОСФЕРНОЕ ДАВЛЕНИЕ И ДР.) _____ ОБЩУЮ СОПРОТИВЛЯЕМОСТЬ ОРГАНИЗМА И ТЕМ САМЫМ УСУГУБЛЯЮТ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОТРАВЛЕНИЙ
A. снижают +
B. повышают
C. не изменяют
D. активируют

147) ОТСУТСТВИЕ ВЕНТИЛЯЦИИ В ПОМЕЩЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОТРАВЛЕНИЙ ЯДАМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ В _____ СОСТОЯНИИ
A. газообразном +
B. твердом
C. кристаллическом
D. замороженном

148) ДЕЙСТВИЕ КИСЛОТ НА ОРГАНИЗМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ИОНАМИ
A. водорода +
B. кислорода
C. кальция
D. стронция

149) ДЕЙСТВИЕ ЩЕЛОЧЕЙ НА ОРГАНИЗМ ОБУСЛОВЛЕНО, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ДЕЙСТВИЕМ _____ - ИОНОВ
A. гидроксил +
B. кислород
C. водород

D. углерод

150) ГИДРОКСИЛЬНЫЕ ИОНЫ ЩЕЛОЧЕЙ СПОСОБСТВУЮТ _____ В ТКАНЯХ ВОДЫ, ВЫЗЫВАЮТ ГИДРОЛИЗ БЕЛКОВ, ОМЫЛЕНИЕ ЖИРОВ, ЧТО ПРИВОДИТ К КОЛЛИКВАЦИОННОМУ НЕКРОЗУ
A. накоплению +
B. снижению
C. расщеплению
D. утилизации

151) ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ ЗОНЫ НЕКРОЗА ПЛОТНЫЕ, _____, ЧЕРНОГО ИЛИ ТЕМНО-КОРИЧНЕВОГО ЦВЕТА
A. ломкие +
B. мокрые
C. мягкие
D. бархатные

152) ПРИ ВСКРЫТИИ ТРУПА ПРИ ОТРАВЛЕНИИ АЗОТНОЙ КИСЛОТОЙ ГУБЫ И КОЖА ВОКРУГ РТА, МОГУТ БЫТЬ ОКРАШЕНЫ В _____ ЦВЕТ, ЗА СЧЕТ КСАНТОПРОТЕИНОВОЙ РЕАКЦИИ
A. желтый +
B. красный
C. черный
D. зеленый

153) ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ФЕНОЛОМ МОЧА ПРИОБРЕТАЕТ _____- КОРИЧНЕВЫЙ ЦВЕТ ВСЛЕДСТВИЕ НАЛИЧИЯ В НЕЙ ХИНГИДРИНА
A. зеленовато +
B. красновато
C. фиолетово
D. голубовато

154) ТОЛУИДИН ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ _____ ЯДОВ
A. метгемоглобинобразующих +
B. карбоксигемоглобинобразующих
C. цианогемоглобинобразующих
D. оксигемоглобинобразующих

155) НАЛИЧИЕ МЕТГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПУТЕМ _____ ИССЛЕДОВАНИЯ
A. спектрофотометрического +
B. бактериологического
C. танатометрического
D. альгологического

156) КАРБОКСИГЕМОГЛОБИН И КАРБОКСИМИОГЛОБИН ИМЕЮТ ЯРКО-_____ ЦВЕТ
A. красный +
B. черный
C. желтый
D. зеленый

157) ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ОКСИДОМ УГЛЕРОДА МЫШЦЫ ИМЕЮТ ЯРКО-_____ ЦВЕТ
A. красный +
B. зеленый
C. черный
D. желтый

158) ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ УГЛЕКИСЛЫМ ГАЗОМ ХАРАКТЕРНЫ ИНТЕНСИВНЫЕ РАЗЛИТЫЕ ТЕМНО- _____ ТРУПНЫЕ ПЯТНА С ГИПОСТАТИЧЕСКИМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ, РЕЗКИЙ ЦИАНОЗ И ТЕМНАЯ, ЖИДКАЯ КРОВЬ
A. фиолетовые +
B. коричневые
C. желтоватые
D. красноватые

159) ЭКСКРЕЦИЯ МЕТАБОЛИТОВ МОРФИНА ПРОИСХОДИТ ПУТЕМ ВЫВЕДЕНИЯ С
A. мочой +
B. потом
C. слезой
D. калом

160) ДЕСТРУКТИВНЫЕ ЯДЫ – ЭТО ВЕЩЕСТВА, КОТОРЫЕ ПОВРЕЖДАЮТ ТКАНИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, ВЫЗЫВАЯ ИХ _____ И НЕКРОЗ
A. дистрофию +
B. паратрофию
C. регенерацию
D. восстановление

161) ПРИЕМ ВНУТРЬ _____ НЕ ВЫЗЫВАЕТ ЗАМЕТНОГО ДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ
A. жидкой металлической ртути +
B. сухого порошка сулемы
C. раствора монохлорида ртути
D. газообразной ртути (паров)

162) ИОНЫ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ ОБРАЗУЮТ С БЕЛКАМИ ОРГАНИЗМА НЕРАСТВОРИМЫЕ В ВОДЕ СОЕДИНЕНИЯ - _____, ЧТО СПОСОБСТВУЕТ НЕКРОЗУ КЛЕТОК
A. альбуминаты +
B. хлоралгидраты
C. сульфаты
D. оксалаты

163) СВИНЕЦ В ВИДЕ НЕРАСТВОРИМОГО ФОСФАТА МОЖЕТ ОТКЛАДЫВАТЬСЯ В _____ ТКАНИ
A. костной +
B. мышечной
C. соединительной
D. нервной

164) ПРИ ПОДОСТРОМ И ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ СОЛЯМИ РТУТИ

ПОСТРАДАВШИЕ ЧАЩЕ ВСЕГО УМИРАЮТ ОТ _____

A. уремии +
B. эмболии
C. кровопотери
D. перитонита

165) ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СУЛЕМОЙ В ПОЧКАХ РАЗВИВАЕТСЯ КАРТИНА СУЛЕМОВОГО _____

A. нефроза +
B. новообразования
C. поликистоза
D. тромбоза

166) МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СУЛЕМОЙ НОСЯТ ХАРАКТЕР СУЛЕМОВОЙ _____

A. дизентерии +
B. непроходимости
C. репарации
D. эмболии

167) АЛКАЛОИДОМ ГРИБА МУХОМОРА ЯВЛЯЕТСЯ

A. мускарин +
B. цикутотоксин
C. кокаин
D. рицин

168) В ОСНОВЕ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ОКСИДА УГЛЕРОДА ЛЕЖИТ ЕГО СПОСОБНОСТЬ ЗАМЕЩАТЬ _____ И ОБРАЗОВЫВАТЬ С ГЕМОГЛОБИНОМ СТОЙКОЕ СОЕДИНЕНИЕ – КАРБОКСИГЕМОГЛОБИН

A. кислород +
B. водород
C. гелий
D. азот

169) МЫШЬЯК НАКАПЛИВАЕТСЯ В КОСТЯХ, ЧТО ПОЗВОЛЯЕТ ОБНАРУЖИТЬ ЕГО СУДЕБНО -_____ МЕТОДАМИ ДАЖЕ ПРИ ЭКСГУМАЦИИ

A. химическими +
B. ботаническими
C. гистологическими
D. биологическими

170) ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОТРАВЛЕНИЯ МЫШЬЯКОМ ТИПИЧНЫ БЕЛЫЕ ПОПЕРЕЧНЫЕ ПОЛОСЫ НА _____ (КАЙМА МЕЕСА), ПОЛИНЕВРИТЫ, ДИСПЕПСИЯ, КАХЕКСИЯ И АЛОПЕЦИЯ

A. ногтях +
B. сосудах
C. деснах
D. зубах

171) РАСТЕНИЕМ, СОДЕРЖАЩИМ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО АТРОПИНА И СКОПОЛАМИНА, ЯВЛЯЕТСЯ

A. белена +

B. береза
C. цикута
D. ландыш

172) СИНИЛЬНАЯ КИСЛОТА И ЕЕ СОЛИ СВЯЗЫВАЮТ ТРЕХВАЛЕНТНОЕ _____ ЦИТОХРОМОКСИДАЗЫ, ЧТО ПРИВОДИТ К НАРУШЕНИЮ ПРОЦЕССОВ ТКАНЕВОГО ДЫХАНИЯ
A. железо +
B. золото
C. серебро
D. олово

173) В ТИПИЧНЫХ СЛУЧАЯХ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СИНИЛЬНОЙ КИСЛОТОЙ ОТ ПОЛОСТЕЙ И ОРГАНОВ ТРУПА ОЩУЩАЕТСЯ ЗАПАХ _____ МИНДАЛЯ
A. горького +
B. сладкого
C. кислого
D. прелого

174) ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СИНИЛЬНОЙ КИСЛОТОЙ ХАРАКТЕРЕН _____ ЦВЕТ ТРУПНЫХ ПЯТЕН И КРОВИ
A. вишнево-красный +
B. черно-белый
C. желто-коричневый
D. сине-фиолетовый

175) ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ ТРУПНОЕ ОКОЧЕНЕНИЕ _____
A. резко выражено +
B. слабо выражено
C. не выражено
D. отсутствует

176) В СЛУЧАЯХ ОТРАВЛЕНИЯ ФОС ПРИ БИОХИМИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ _____ АКТИВНОСТИ СЫВОРОТОЧНОЙ ХОЛИНЭСТЕРАЗЫ
A. выраженное снижение +
B. незначительное снижение
C. незначительное повышение
D. резкое повышение

177) ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ДИХЛОРЭТАНОМ ОТ ПОЛОСТЕЙ И ОРГАНОВ ТРУПА ОЩУЩАЕТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЗАПАХ _____
A. сушеных грибов +
B. кедровых орехов
C. березовых почек
D. столового уксуса

178) ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЭТИЛЕНГЛИКОЛЕМ ОН ОКИСЛЯЕТСЯ С ОБРАЗОВАНИЕМ _____ КИСЛОТЫ, КОТОРАЯ ВЗАИМОДЕЙСТВУЕТ С ИОНАМИ КАЛЬЦИЯ С ОБРАЗОВАНИЕМ НЕРАСТВОРИМОГО ОСАДКА
A. щавелевой +

B. азотной
C. сернистой
D. уксусной

179) ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЭТИЛЕНГЛИКОЛЕМ В ПОЧКАХ ОБРАЗУЮТСЯ КРИСТАЛЛЫ ОКСАЛАТА _____
A. кальция +
B. натрия
C. кремния
D. калия

180) МЕТИЛОВЫЙ СПИРТ, ПОПАВ В ОРГАНИЗМ, ОТНОСИТЕЛЬНО МЕДЛЕННО ОКИСЛЯЕТСЯ, ПОЭТОМУ В КЛИНИКЕ ОТРАВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН _____ ПЕРИОД
A. скрытый +
B. рецидивирующий
C. вялотекущий
D. острый

181) В ОРГАНИЗМЕ МЕТИЛОВЫЙ СПИРТ ОКИСЛЯЕТСЯ ДО _____, МУРАВЬИНОЙ, ГЛЮКУРОНОВОЙ И МОЛОЧНОЙ КИСЛОТ
A. формальдегида +
B. ацетальдегида
C. нитритов
D. фосфатов

182) МЕТИЛОВЫЙ СПИРТ И ЕГО МЕТАБОЛИТЫ, ВЫЗЫВАЮТ ТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦНС В ВИДЕПОВРЕЖДЕНИЯ СЕТЧАТКИ И ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА С НЕОБРАТИМОЙ ПОТЕРЕЙ _____
A. зрения +
B. обоняния
C. вкуса
D. речи

183) ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЭТИЛЕНГЛИКОЛЕМ В ПРОСВЕТАХ ПОЧЕЧНЫХ КАНАЛЬЦЕВ И В СОСУДАХ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ _____ ОКСАЛАТА КАЛЬЦИЯ
A. кристаллы +
B. мягкие массы
C. частички
D. сгустки

184) АНИЛИН ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ _____ ЯДОВ
A. метгемоглобинобразующих +
B. карбоксигемоглобинобразующих
C. цианогемоглобинобразующих
D. оксигемоглобинобразующих

185) ГЛАВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ БАРБИТУРАТОВ СЧИТАЮТ ИХ ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИЮ СЕРОТОНИНЕРГИЧЕСКИХ НЕЙРОНОВ, ПРИВОДЯЩЕЕ К _____ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
A. выраженному угнетению +

B. выраженной активизации
C. умеренной активизации
D. незначительной активизации

186) СМЕРТЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ БАРБИТУРАТАМИ НАСТУПАЕТ ОТ _____
A. угнетения ЦНС и остановки дыхания и сердцебиения +
B. прекращения почечного кровотока и развития ОПН
C. гиповолемии за счет замедления всасывания жидкости
D. нарушения процессов свертывания и развития ДВС-синдрома

187) В ОРГАНИЗМЕ ЭТАНОЛ ОКИСЛЯЕТСЯ ДО
A. ацетальдегида +
B. пирувата
C. глутамата
D. ацетона

188) АЦЕТАЛЬДЕГИД ПОД ДЕЙСТВИЕМ АЛЬДЕГИДДЕГИДРОГЕНАЗЫ ПРЕВРАЩАЕТСЯ В
A. уксусную кислоту +
B. кремниевую кислоту
C. азотную кислоту
D. серную кислоту

189) ГЕТЕРОЦИКЛИЧЕСКИЕ АЗОТСОДЕРЖАЩИЕ ОРГАНИЧЕСКИЕ СОЕДИНЕНИЯ, ВЫРАБАТЫВАЕМЫЕ РАСТЕНИЯМИ, НАЗЫВАЮТСЯ - _____
A. алкалоидами +
B. спиртами
C. альдегидами
D. кислотами

190) КЛИНИКА ОТРАВЛЕНИЙ КРАСАВКОЙ НАПОМИНАЕТ КЛИНИКУ ОТРАВЛЕНИЙ _____
A. атропином +
B. морфином
C. барбиталом
D. мускарином

191) ТОКСИЧНЫМИ МЕТАБОЛИТАМИ МЕТАНОЛА ЯВЛЯЮТСЯ
A. формальдегид, муравьиная кислота +
B. гликолевая и щавелевая кислоты
C. ацетон и глиоксиловая кислота
D. фенол и кетоны

192) ОТРАВЛЕНИЕ ГРИБНЫМИ ЯДАМИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ДЕГИДРАТАЦИИ И НАРУШЕНИЮ ИОННОГО БАЛАНСА, РАЗВИТИЮ ОСТРОЙ _____ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
A. печеночно-почечной +
B. селезеночно-сосудистой
C. костно-мозговой
D. двигательно-позиционной

193) ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У БОЛЬНОГО В РВОТНЫХ МАССАХ И СОДЕРЖИМОМ

ЖЕЛУДКА ЧАСТИЦ ГРИБОВ НЕОБХОДИМО ИХ НАПРАВИТЬ НА _____ ИССЛЕДОВАНИЕ

A. ботаническое +
B. гистологическое
C. танатологическое
D. альгологическое

194) ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЯДОВИТЫМ РАСТЕНИЕМ АКОНИТОМ (БОРЦОМ КЛОБУЧКОВЫМ) ДЕЙСТВУЕТ ТОКСИН _____

A. аконитин +
B. скополамин
C. цикутотоксин
D. атропин

195) В КАКОМ ОРГАНЕ ПРОИСХОДИТ НАИБОЛЬШЕЕ НАКОПЛЕНИЕ ЭТАНОЛА

A. мозг +
B. почка
C. печень
D. мышца

196) К ДЕСТРУКТИВНЫМ ЯДАМ ОТНОСЯТСЯ СОЕДИНЕНИЯ МЕТАЛЛА

A. ртути +
B. натрия
C. калия
D. железа

197) К ЯДАМ ОБЩЕФУНЦИОНАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ

A. цианистый калий +
B. бертолетова соль
C. нитрит натрия
D. дихлорид ртути

198) УСТАНОВИТЕ ОРГАН С ИЗБИРАТЕЛЬНЫМ НАКОПЛЕНИЕМ ЙОДА В ОРГАНИЗМЕ

A. щитовидная железа +
B. поджелудочная железа
C. слюнные железы
D. слезные железы

199) ПОВЕРХНОСТЬ НЕКРОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СЕРНОЙ КИСЛОТОЙ БУДЕТ ИМЕТЬ _____ЦВЕТ

A. угольно-черный +
B. зелено-желтый
C. розово-красный
D. сине-фиолетовый

200) НЕКРОЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ОТРАВЛЕНИИ АЗОТНОЙ КИСЛОТОЙ БУДЕТ ИМЕТЬ _____ ЦВЕТ

A. желтый +
B. красный
C. фиолетовый
D. розовый

201) ПРИ ПОПАДАНИИ КОНЦЕНТРИРОВАННЫХ КИСЛОТ И ЩЕЛОЧЕЙ В ПОЛОСТЬ РТА ЧЕЛОВЕКА С ОЖОГОМ ГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА В ПЕРВЫЕ МИНУТЫ-ЧАСЫ РАЗВИВАЕТСЯ
A. асфиксия +
B. стоматит
C. гингивит
D. эзофагит

202) ОРГАНЫ И СРЕДЫ, ГДЕ СЛЕДУЕТ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННО ИСКАТЬ СЛЕДЫ ДЕПОНИРОВАНИЯ МЫШЬЯКА ПРИ ЭКСГУМАЦИИ ТРУПА
A. волосы +
B. легкие
C. кровь
D. печень

203) ПО ТЕМПУ РАЗВИТИЯ ГИПОКСИЮ ПОДРАЗДЕЛЯЮТ НА
A. острую, подострую, хроническую +
B. острую, подострую, вялотекущую
C. быструю, медленную, хроническую
D. моментальную, замедленную, медленную

204) МЕХАНИЧЕСКАЯ АСФИКСИЯ ОТ СДАВЛЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
A. странгуляционную и компрессионную асфиксии +
B. обтурационную и компрессионную асфиксии
C. обтурационную и компрессионную асфиксии
D. асфиксию в замкнутом пространстве и странгуляционную

205) К ВНУТРЕННИМ ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СМЕРТИ ОТ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ ОТНОСИТСЯ
A. наличие темной жидкой крови в сердце и сосудах +
B. цианоз кожи лица и шеи
C. непроизвольное мочеиспускание и дефекация
D. мелкоточечные кровоизлияния в соединительную оболочку глаз

206) К НАРУЖНЫМ ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СМЕРТИ ОТ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ ОТНОСИТСЯ
A. наличие обильных разлитых темно-фиолетовых трупных пятен +
B. наличие темной жидкой крови в сердце и сосудах
C. полнокровие внутренних органов
D. переполнение кровью правой половины сердца

207) К НАРУЖНЫМ ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СМЕРТИ ОТ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ ОТНОСИТСЯ
A. цианоз кожи лица и шеи +
B. наличие темной жидкой крови в сердце и сосудах
C. полнокровие внутренних органов
D. переполнение кровью правой половины сердца

208) К НАРУЖНЫМ ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СМЕРТИ ОТ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ ОТНОСЯТСЯ
A. непроизвольное мочеиспускание и дефекация +

B. наличие темной жидкой крови в сосудах и полнокровие внутренних органов
C. полнокровие внутренних органов и переполнение кровью правой половины сердца
D. переполнение кровью правой половины сердца

209) К НАРУЖНЫМ ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СМЕРТИ ОТ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ ОТНОСЯТСЯ
A. мелкоточечные кровоизлияния в соединительную оболочку глаз +
B. субплевральные и субэпикардиальные кровоизлияния (пятна Тардье)
C. полнокровие внутренних органов и переполнение кровью правой половины сердца
D. наличие темной жидкой крови в сосудах и полнокровие внутренних органов

210) К ВНУТРЕННИМ ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СМЕРТИ ОТ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ ОТНОСИТСЯ
A. полнокровие внутренних органов +
B. цианоз кожи лица и шеи
C. непроизвольное мочеиспускание и дефекация
D. наличие мелкоточечных кровоизлияний в соединительную оболочку глаз

211) К ВНУТРЕННИМ ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СМЕРТИ ОТ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ ОТНОСИТСЯ
A. переполнение кровью правой половины сердца +
B. непроизвольное мочеиспускание и дефекация
C. цианоз кожи лица и шеи
D. наличие мелкоточечных кровоизлияний в соединительную оболочку глаз

212) К ВНУТРЕННИМ ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СМЕРТИ ОТ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ ОТНОСЯТСЯ
A. субплевральные и субэпикардиальные кровоизлияния (пятна Тардье) +
B. мелкоточечные кровоизлияния в соединительную оболочку глаз
C. интенсивные разлитые темно-фиолетовые трупные пятна
D. цианоз кожи лица и цианоз кожи шеи

213) УДАВЛЕНИЕ ПЕТЛЕЙ ОТНОСИТСЯ К СЛЕДУЮЩЕМУ ТИПУ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ
A. странгуляционная +
B. обтурационная
C. компрессионная
D. в замкнутом пространстве

214) СМЕРТЬ ОТ СДАВЛЕНИЯ ГРУДИ И ЖИВОТА ОТНОСИТСЯ К СЛЕДУЮЩЕМ ТИПУ МЕХАНИЕСКОЙ АФИКСИИ
A. компрессионная +
B. странгуляонная
C. в замкнутом пространстве
D. обтурацонная

215) НА ТАНАТОГЕНЕЗ ПРИ ПОВЕШЕНИИ НЕ ВЛИЯЕТ
A. цвет петли +
B. положение петли на шее
C. масса тела
D. положение тела

216) ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА В СЛУЧАЕ СМЕРТИ ОТ УДАВЛЕНИЯ РУКАМИ (КИСТЯМИ) ОБЫЧНО НЕ НАБЛЮДАЮТСЯ
A. кровоизлияния в межпозвоночные диски +
B. ссадины на шее
C. овальные кровоподтеки на шее
D. переломы подъязычной кости, хрящей гортани и трахеи

217) ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА В СЛУЧАЕ СМЕРТИ ОТ ЗАКРЫТИЯ РТА И НОСА РУКАМИ ОБЫЧНО НЕ НАБЛЮДАЮТСЯ
A. различия в размерах зрачков +
B. кровоизляния, ссадины, рвано-ушибленые раны области преддверия рта
C. кровоизлияния в мягких тканях лица
D. повреждения слизистой губ

218) ДОКАЗАТЕЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ СМЕРТИ ОТ АСПИРАЦИИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА ЯВЛЯЕТСЯ
A. наличие пищевых масс в крупных и мелких бронхах +
B. наличие пищевых масс в пищеводе
C. наличие рвотных масс на одежде
D. наличие пищевых масс в глотке

219) ТАНАТОГЕНЕЗ УТОПЛЕНИЯ В ПРЕСНОЙ ВОДЕ ХАРАКЕТРИЗУЕТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ
A. гиповолемии +
B. гиперволемии
C. гемодилюции
D. гиперкалиемии

220) МАЦЕРАЦИЯ КОЖИ КИСТЕЙ И СТОП ТРУПА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
A. пребывании трупа в воде +
B. причине смерти - утоплении
C. прижизненном попадании в воду
D. наступлении смерти в воде

221) СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА КОМПРЕССИОННУЮ АСФИКСИЮ ЯВЛЯЕТСЯ
A. карминовый отек легких +
B. перелом подъязычной кости и хрящей гортани
C. полнокровие внутренних органов
D. экхимозы в коже лица

222) К ПРИЧИНАМ ОБТУРАЦИОННОЙ АСФИКСИИ МОЖНО ОТНЕСТИ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
A. пребывания в замкнутом пространстве +
B. закрытия отверстий рта и носа мягким предметом
C. попадания пищевых масс в дыхательные пути
D. аспирации инородного тела

223) ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТЕТРАДА (ПО Ю.С. ИСАЕВУ И В.Н. СВЕШНИКОВУ), ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ДЛЯ ОБЪЕКТИВНОГО ОБОСНОВАНИЯ СПАСТИЧЕСКОГО ТИПА УТОПЛЕНИЯ, ПРЕДСТАВЛЕНА СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ:
A. вода в пазухе основной кости, острое вздутие лёгких, воздушная эмболия левого

сердца, лимфогения грудного протока +
B. вода в барабанной полости , острое вздутие лёгких, воздушная эмболия левого сердца, лимфогения грудного протока
C. вода в пазухе основной кости, острое вздутие лёгких, воздушная эмболия правого сердца, лимфогения грудного протока
D. вода в пазухе основной кости, острое вздутие лёгких, воздушная эмболия левого сердца, лимфостаз нижних конечностей

224) АСФИКТИЧЕСКИЙ ТИП УТОПЛЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕН ВОЗНИКНОВЕНИЕМ
A. ларингоспазма +
B. бронхоспазма
C. пилороспазма
D. кардиоспазма

225) В ОСНОВЕ ТАНАТОГЕНЕЗА ПРИ СПАСТИЧЕСКОМ (АСФИКТИЧЕСКОМ) ТИПЕ УТОПЛЕНИЯ ЛЕЖИТ
A. непроизвольное мышечное сокращение голосовых связок (ларингоспазм) +
B. стойкое спастическое сужение терминального отдела пищевода (кардиоспазм)
C. спазм в зоне перехода желудка в двенадцатиперстную кишку (пилороспазм)
D. сужение просвета мелких бронхов и бронхиол (бронхоспазм)

226) МАЦЕРАЦИЯ КОЖИ КИСТЕЙ И СТОП ТРУПА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
A. пребывании тела в воде +
B. прижизненном попадании человека в воду
C. посмертном попадании тела в воду
D. причине смерти - утоплении в воде

227) О ПРИЧИНЕ СМЕРТИ - УТОПЛЕНИИ В ПРЕСНОЙ ВОДЕ ПО АСФИКТИЧЕСКОМУ ТИПУ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ
A. наличия диатомового планктона в почке +
B. лимфогемии
C. острой эмфиземы легких
D. наличия воздуха в левом сердце

228) АСФИКСИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ ОСТРЫЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ
A. недостатком кислорода в крови и тканях, накоплением углекислого газа +
B. остановкой сердечной деятельности и выраженным алкалозом крови
C. выраженной гипергликемией и нарушением дыхания
D. множественными переломами ребер и избытком кислорода в крови и тканях

229) ПОВЕШЕНИЕ ОТНОСИТСЯ К РАЗНОВИДНОСТЯМ
A. странгуляционной асфиксии +
B. комперссионной асфиксии
C. обтурационной асфиксии
D. позиционной асфиксии

230) УДАВЛЕНИЕ ПЕТЛЕЙ ОТНОСИТСЯ К РАЗНОВИДНОСТЯМ
A. странгуляционной асфиксии +
B. компеессионной асфиксии
C. обтурационной асфиксии

D. позиционной асфиксии

231) УДАВЛЕНИЕ РУКАМИ ОТНОСИТСЯ К РАЗНОВИДНОСТЯМ
A. странгуляционной асфиксии +
B. компрессионной асфиксии
C. обтурационной асфиксии
D. позиционной асфиксии

232) УДАВЛЕНИЕ ПУТЕМ СЖАТИЯ ШЕИ МЕЖДУ ПЛЕЧОМ И ПРЕДПЛЕЧЬЕМ ОТНОСИТСЯ К
A. странгуляционной асфиксии +
B. компрессионной асфиксии
C. обтурационной асфиксии
D. позиционной асфиксии

233) ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КЕССОННОЙ БОЛЕЗНИ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ
A. резкий переход от повышенного давления к нормальному +
B. резкий переход от пониженного давления к нормальному
C. резкий переход от нормального давления к повышенному
D. медленный переход от нормального давления к повышенному

234) ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ДЕКОМПРЕССИОННОЙ БОЛЕЗНИ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ
A. резкий переход от повышенного давления к нормальному +
B. резкий переход от пониженного давления к нормальному
C. резкий переход от нормального давления к повышенному
D. медленный переход от нормального давления к повышенному

235) ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГИПОКСИИ ПРИ ГОРНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
A. снижение парциального давления O_2 в альвеолярном воздухе +
B. увеличение проницаемости биологических мембран
C. торможение центральной нервной системы
D. изменение кислотно-основного состояния крови

236) ПРОЦЕНТНОЕ СОДЕРЖАНИЕ О2 В ВОЗДУХЕ ПРИ ПОСТЕПЕННОМ ПОДЪЕМЕ НА 3000 М НАД УРОВНЕМ МОРЯ
A. остается неизменным +
B. постепенно уменьшается
C. постепенно увеличивается
D. резко снижается до нуля

237) ОСНОВНОЙ ВНЕШНЕЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГИПОКСИИ ПРИ ГОРНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
A. снижение парциального давления кислорода в воздухе +
B. понижение температуры окружающего воздуха
C. снижение концентрации водяных паров в воздухе
D. изменение концентрации кислорода в воздухе

238) В СЛУЧАЕ СМЕРТИ ОТ ДЕЙСТВИЯ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ
A. фазы развития трупного окоченения и трупных пятен удлиняются +
B. фазы развития трупного окоченения сокращаются, а трупных пятен - удлиняются
C. фазы развития трупного окоченения удлиняются, а трупных пятен - сокращаются
D. фазы развития трупного окоченения и трупных пятен сокращаются

239) ПРИЗНАК ФАБРИКАНТОВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ДИАГНОСТИКЕ СМЕРТИ ОТ
A. действия низкой температуры +
B. действия высокой температуры
C. действия электрического тока
D. действия ионизирующего излучения

240) НАЛИЧИЕ ТОЧЕЧНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЛОХАНКИ ПОЧКИ У ТРУПА В СЛУЧАЕ СМЕРТИ ОТ ДЕЙСТВИЯ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ НОСИТ НАЗВАНИЕ
A. признак Фабрикантова +
B. признак Райского
C. признак Штера
D. признак Десятова

241) ПРИЗНАКОМ ПРИЖИЗНЕННОГО ДЕЙСТВИЯ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ
A. наличие точечных кровоизлияний в слизистой оболочке лоханки почки +
B. наличие точечных кровоизлияний под висцеральной плеврой
C. наличие точечных кровоизлияний под эпикардом
D. наличие точечных кровоизлияний в слизистой оболочке желудка

242) «ГУСИНАЯ КОЖА», НАБЛЮДАЕМАЯ У ТРУПА В СЛУЧАЕ СМЕРТИ ОТ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ
A. прижизненного сокращения мышц, поднимающих волосы +
B. трупного окоченения мышц, поднимающих волосы
C. высыхания кожи над мышцами, поднимающими волосы
D. оледенения кожи в области мышц, поднимающих волосы

243) ТРУПНЫЕ ПЯТНА ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СМЕРТИ ОТ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ПРИОБРЕТАЮТ
A. розовую окраску +
B. серый цвет
C. ярко-красный цвет
D. сине-багровый цвет

244) ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СМЕРТИ ОТ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ТРУПНЫЕ ПЯТНА ПРИОБРЕТАЮТ
A. сине-багровый цвет +

B. розовую окраску
C. ярко-красный цвет
D. серый цвет

245) ТОТАЛЬНЫЙ НЕКРОЗ КОЖИ И ПОДЛЕЖАЩИХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕЙСТВИЯ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ НА ЧЕЛОВЕКА, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
A. отморожение III степени +
B. отморожение II степени
C. отморожение I степени
D. отморожение IV степени

246) РЕЗУЛЬТАТ ДЕЙСТВИЯ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ НА ЧЕЛОВЕКА, КОТОРЫЙ ВЫРАЖАЕТСЯ В ГЛУБОКИМ ОМЕРТВЕНИЕМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И КОСТЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
A. отморожение IV степени +
B. отморожение II степени
C. отморожение I степени
D. отморожение III степени

247) РЕЗУЛЬТАТ ДЕЙСТВИЯ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ НА ЧЕЛОВЕКА, КОТОРЫЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НЕКРОЗОМ ПОВЕРХНОСТНЫХ СЛОЕВ КОЖИ ДО МАЛЬПИГИЕВА СЛОЯ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
A. отморожение II степени +
B. отморожение I степени
C. отморожение III степени
D. отморожение IV степени

248) РЕЗУЛЬТАТ ДЕЙСТВИЯ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ НА ЧЕЛОВЕКА, КОТОРЫЙ ВЫРАЖАЕТСЯ В НАРУШЕНИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ В КОЖЕ БЕЗ НЕОБРАТИМЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
A. отморожение I степени +
B. отморожение II степени
C. отморожение III степени
D. отморожение IV степени

249) ОТМОРОЖЕНИЕ III СТЕПЕНИ
A. «пятна Вишневского» +
B. «пятна Минакова»
C. «пятна Лярше»
D. «пятна Тардье»

250) У ЗАМЕРЗАЮЩИХ ЛЮДЕЙ СОДЕРЖАНИЕ КИСЛОРОДА
A. в венозной крови повышается +
B. в артериальной крови снижается
C. в венозной крови снижается
D. в венозной крови не изменяется

251) «МОРОЗНАЯ ЭРИТЕМА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК СМЕРТИ ОТ ДЕЙСТВИЯ
A. низкой температуры +
B. высокой температуры
C. электрического тока
D. ионизирующей радиации

252) КРИТИЧЕСКОЙ, КОГДА ВОЗМОЖНО НАСТУПЛЕНИЕ СМЕРТИ ОТ ГИПОТЕРМИИ, МОЖНО СЧИТАТЬ ТЕМПЕРАТУРУ ТЕЛА
A. 22º С +
B. 29º С
C. 33º С
D. 35º С

253) «ГУСИНАЯ КОЖА» ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СМЕРТИ ОТ
A. гипотермии +
B. гипертермии
C. гипоксии
D. гиперкапнии

254) ПРИЗНАКОМ ПРИЖИЗНЕННОГО ДЕЙСТВИЯ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ У ТРУПА
A. гусиной кожи +
B. мацерированной кожи
C. дряблой кожи
D. высохшей кожи

255) ПРИЗНАКОМ ПРИЖИЗНЕННОГО ДЕЙСТВИЯ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ У ТРУПА
A. сосулек в отверстиях рта, носа и глаз +
B. инородных тел в ротовой полости
C. кровоподтеков около носа и рта
D. свертков крови в дыхательных путях

256) ПРИЗНАКОМ ПРИЖИЗНЕННОГО ДЕЙСТВИЯ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ НА ПОВЕРХНОСТИ КОЖИ ТРУПА
A. обморожений +
B. кровоподтеков
C. осаднений
D. порезов

257) ПРИЗНАКОМ ПРИЖИЗНЕННОГО ДЕЙСТВИЯ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ
A. втягивание яичек в паховые каналы +
B. сморщивание кожи ладоней и стоп

C. отслоение кожи с кистей и стоп
D. выпадение волос с головы

258) СОКРАЩЕНИЕ МОШОНКИ И ПОДТЯГИВАНИЕ ЯИЧЕК К ПАХОВОМУ КАНАЛУ ПРИ ДЕЙСТВИИ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ НОСИТ НАЗВАНИЕ
A. признак Пупарева +
B. признак Райского
C. признак Штера
D. Признак Десятова

259) ПРИЗНАК ПУПАРЕВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ДИАГНОСТИКЕ СМЕРТИ ОТ
A. действия низкой температуры +
B. действия высокой температуры
C. действия электрического тока
D. действия ионизирующего излучения

260) ЯРКО-КРАСНЫЙ ЦВЕТ ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА И ЕЕ ПРИПУХАНИЕ, НАБЛЮДАЕМЫЕ У ТРУПОВ ПРИ СМЕРТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕЙСТВИЯ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ НОСЯТ НАЗВАНИЕ
A. Признак Десятова +
B. Признак Штера
C. Признак Пупарева
D. Признак Райского

261) ПРИЗНАК ДЕСЯТОВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ДИАГНОСТИКЕ СМЕРТИ ОТ
A. действия низкой температуры +
B. действия высокой температуры
C. действия электрического тока
D. действия ионизирующего излучения

262) ДЛЯ ОБЩЕГО ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ ТИПИЧНО ОДНОВРЕМЕННОЕ
A. снижение содержания в тканях гликогена, глюкозы, лактата +
B. увеличение содержания в тканях гликогена, глюкозы, лактата
C. снижение содержания в тканях белков и гликогена и глюкозы
D. увеличение содержания в тканях белков и гликогена и глюкозы

263) НИЗКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ГЛИКОГЕНА В ПЕЧЕНИ ТРУПА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О СМЕРТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕЙСТВИЯ
A. низкой температуры +
B. ионизирующего излучения
C. высокой температуры
D. электрического тока

264) I СТЕПЕНЬ ОТМОРОЖЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
A. нарушением кровообращения в коже без необратимых последствий +
B. некрозом поверхностных слоев кожи до мальпигиева слоя
C. тотальным некрозом кожи и подлежащих мягких тканей

D. глубоким омертвением мягких тканей и костей

265) II СТЕПЕНЬ ОТМОРОЖЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
A. некрозом поверхностных слоев кожи до мальпигиева слоя +
B. нарушением кровообращения в коже без необратимых последствий
C. тотальным некрозом кожи и подлежащих мягких тканей
D. глубоким омертвением мягких тканей и костей

266) III СТЕПЕНЬ ОТМОРОЖЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
A. тотальным некрозом кожи и подлежащих мягких тканей +
B. некрозом поверхностных слоев кожи до мальпигиева слоя
C. нарушением кровообращения в коже без необратимых последствий
D. глубоким омертвением мягких тканей и костей

267) IV СТЕПЕНЬ ОТМОРОЖЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
A. глубоким омертвением мягких тканей и костей +
B. тотальным некрозом кожи и подлежащих мягких тканей
C. некрозом поверхностных слоев кожи до мальпигиева слоя
D. нарушением кровообращения в коже без необратимых последствий

268) К ОСМОТРУ ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ В КАЧЕСТВЕ СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ МОГУТ БЫТЬ ПРИВЛЕЧЕНЫ ВСЕ, КРОМЕ
A. провизора +
B. терапевта
C. акушера-гинеколога
D. педиатра

269) ОСМОТР МЕСТА ПРОИСШЕСТВИЯ И ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ ОРГАНИЗУЕТ И ПРОВОДИТ
A. следователь +
B. врач
C. судебно-медицинский эксперт
D. эксперт-криминалист

270) ВЕЩЕСТВЕННЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА БИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ХРАНЯТСЯ
A. у врача судебно-медицинского эксперта судебно-биологического отдела, производящего экспертизу +
B. в канцелярии бюро
C. у старшей медицинской сестры судебно-биологического отделения
D. у заведующего (ей) судебно-биологическим отделением

271) РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЭТАПЫ ОСМОТРА МЕСТА ПРОИСШЕСТВИЯ И ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ
A. статический +
B. первичный
C. следственный
D. основной

272) ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ОСМОТРА МЕСТА ПРОИСШЕСТВИЯ И ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
A. статический +
B. дополнительный
C. динамический
D. основной

273) ВТОРЫМ ЭТАПОМ ОСМОТРА МЕСТА ПРОИСШЕСТВИЯ И ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
A. динамический +
B. первичный
C. дополнительный
D. статический

274) НА КАКОМ ЭТАПЕ ОСМОТРА ТРУПА НА МЕСТЕ ПРОИСШЕСТВИЯ МОЖНО ИЗМЕНЯТЬ ПОЛОЖЕНИЕ ТЕЛА?
A. динамическом +
B. статическом
C. первичном
D. дополнительном

275) ЕСЛИ ПЕРВОНАЧАЛЬНЫЙ ОСМОТР ТРУПА ПРОИСХОДИЛ В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ И ПРИЗНАННЕДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ, ПРОИЗВОДЯТ
A. повторный осмотр +
B. комплексный осмотр
C. комиссионный осмотр
D. дополнительный осмотр

276) КАКОЙ ПРИЗНАК НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ДОКАЗАТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ?
A. отсутствие дыхания +
B. трупные пятна
C. трупное окоченение
D. пятна Ляршe

277) ДОКАЗАТЕЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ СМЕРТИ, УСТАНАВЛИВАЕМЫМИ НА МЕСТЕ ОБНАРУЖЕНИЯ ТРУПА, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
A. снижения температуры тела ниже 28°С +
B. признака Белоглазова
C. трупных пятен и трупного окоченения
D. снижения температуры тела ниже 20°С

278) РАСПОЛОЖЕНИЕ ТРУПА ОТНОСИТЕЛЬНО ОКРУЖАЮЩИХ ЕГО ПРЕДМЕТОВ НАЗЫВАЕТСЯ
A. положение +
B. позиция
C. поза
D. размещение

279) РАСПОЛОЖЕНИЕ ЧАСТЕЙ ТЕЛА ТРУПА ОТНОСИТЕЛЬНО ДРУГ ДРУГА

НАЗЫВАЕТСЯ
A. поза +
B. положение
C. позиция
D. размещение

280) ТРУПНЫЕ ПЯТНА В СТАДИИ ГИПОСТАЗА ПРИ ОСМОТРЕ ТРУПА НА МЕСТЕ ОБНАРУЖЕНИЯ МОЖНО НАБЛЮДАТЬ, ЕСЛИ С МОМЕНТА СМЕРТИ ПРОШЛО
A. 4-12 часов +
B. 12-24 часа
C. 24-36 часов
D. более 36 часов

281) ТРУПНЫЕ ПЯТНА В СТАДИИ СТАЗА ПРИ ОСМОТРЕ ТРУПА НА МЕСТЕ ПРОИСШЕСТВИЯ МОЖНО НАБЛЮДАТЬ, ЕСЛИ С МОМЕНТА СМЕРТИ ПРОШЛО
A. 12-24 часа +
B. 2-3 часа
C. 4-12 часов
D. 24-36 часов

282) ТРУПНЫЕ ПЯТНА В СТАДИИ ИМБИБИЦИИ ПРИ ОСМОТРЕ ТРУПА МОЖНО НАБЛЮДАТЬ, ЕСЛИ С МОМЕНТА СМЕРТИ ПРОШЛО
A. более 24 часов +
B. 4-8 часов
C. 9-18 часа
D. 18-24 часов

283) УКАЖИТЕ СРОКИ ПОСЛЕ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ, ПРИ КОТОРЫХ В СЛУЧАЯХ ПЕРЕВОРАЧИВАНИЯ ТРУПА, ПРОИСХОДИТ ПОЛНОЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ТРУПНЫХ ПЯТЕН В НОВЫЕ НИЖЕЛЕЖАЩИЕ УЧАСТКИ ТЕЛА
A. 6-8 часов +
B. 1,5 суток
C. 12-24 часов
D. 24-32 часов

284) В КАКОЙ СТАДИИ РАЗВИТИЯ ТРУПНЫЕ ПЯТНА ПРИ ПЕРЕВОРАЧИВАНИИ ТРУПА ОСТАЮТСЯ НА ПРЕЖНИХ МЕСТАХ, И ОБРАЗУЮТСЯ НА НОВЫХ НИЖЕРАСПОЛОЖЕННЫХ УЧАСТКАХ ТЕЛА
A. стаза +
B. имбибиции
C. аутолиза
D. гниения

285) В КАКОЙ СТАДИИ РАЗВИТИЯ ТРУПНОЕ ПЯТНО ПРИ НАДАВЛИВАНИИ ДИНАМОМЕТРОМ НЕ ИЗМЕНЯЕТ СВОЕГО ЦВЕТА?
A. имбибиции +
B. гипостаза
C. стаза
D. первичных проявлений

286) К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ НА МЕСТЕ ОБНАРУЖЕНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ
A. исследование ферментов во внутренних органах +
B. реакция поперечно-полосатых мышц на механическое воздействие
C. термометрия тела трупа
D. исследование трупных пятен и мышечного окоченения

287) КАКОЙ ФАКТОР НЕ ВЛИЯЕТ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ МЫШЕЧНОГО ОКОЧЕНЕНИЯ?
A. поза человека в “момент” смерти +
B. степень развития мускулатуры
C. причина смерти
D. давность наступления смерти

288) ДЛЯ БЫСТРО НАСТУПИВШЕЙ СМЕРТИ ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ ПРИЗНАК
A. жидкая кровь в сосудах и полостях сердца +
B. свертки крови в желудочках сердца
C. розовые трупные пятна
D. поза «калачиком»

289) ПРИ ОСМОТРЕ ТРУПА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ (В ПОМЕЩЕНИИ) МАКСИМАЛЬНО ВЫРАЖЕННОЕ ТРУПНОЕ ОКОЧЕНЕНИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ К ___ ЧАСАМ

A. 24 +
B. 48
C. 36
D. 72

290) В КАКОЙ МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК ПОСМЕРТНОГО ПЕРИОДА СОХРАНЯЮТСЯ ЭЛЕКТРОМЕХАНИЧЕСКИЕ МЫШЕЧНЫЕ РЕАКЦИИ?
A. 8- 12 часов после смерти +
B. от 4 до 7 часов после смерти
C. от 24 до 48 часов после смерти
D. от 12 до 24 часов после смерти

291) РЕАКЦИЯ ЗРАЧКОВ НА ВВЕДЕНИЕ РАСТВОРА АТРОПИНА И ПИЛОКАРПИНА НАБЛЮДАЕТСЯ
A. до 1,5 суток после смерти +
B. не более 1 часа после смерти
C. до 5 часов после смерти
D. от 24 до 48 часов после смерти

292) РЕАКЦИЯ ПОТОВЫХ ЖЕЛЕЗ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНА
A. до 20 часов после смерти +
B. не более 1 часа после смерти
C. до 5 часов после смерти
D. от 24 до 48 часов после смерти

293) СОКРАЩЕНИЕ ВСЕЙ МУСКУЛАТУРЫ ЛИЦА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИЕ

ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ НАБЛЮДАЕТСЯ
A. до 2-3 часов после смерти +
B. до 24 часов после смерти
C. до 10-12 часов после смерти
D. до 12-14 часов после смерти

294) НА СКОРОСТЬ РАЗВИТИЯ ГНИЛОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НЕ ВЛИЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ
A. пол +
B. температура окружающей среды
C. причина смерти
D. степень выраженности подкожно-жирового слоя

295) СЛЕДОВАТЕЛЬ ПРОВОДИТ ОСМОТР ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ В ПРИСУТСТВИИ
A. врача специалиста в области судебной медицины +
B. потерпевшего
C. родственников
D. свидетелей

296) ИЗЪЯТЬ ОБРАЗЦЫ БИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, У ПОДОЗРЕВАЕМОГО, ДЛЯ СРАВНИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ИМЕЕТ ПРАВО
A. следователь +
B. врач - судебно-медицинский эксперт
C. средний медицинский работник бюро судебно-медицинской экспертизы
D. потерпевший

297) ВЕЩЕСТВЕННЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА В СООТВЕТСТВИИ С УПК ДОЛЖНЫ ХРАНИТЬСЯ
A. у следователя +
B. при уголовном деле
C. в бюро судебно-медицинской экспертизы
D. у родственников погибших

298) ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА ЗА ЗАВЕДОМО ЛОЖНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ И РАЗГЛАШЕНИЕ ДАННЫХ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО СЛЕДСТВИЯ
A. уголовная +
B. штраф
C. общественное порицание
D. дисциплинарного характера

299) КАКИЕ МЕРЫ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ К СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОМУ ЭКСПЕРТУ ЗА ОТКАЗ ИЛИ УКЛОНЕНИЕ ОТ ВЫПОЛНЕНИЯ СВОИХ ОБЯЗАННОСТЕЙ?
A. общественное порицание +
B. уголовного характера
C. административного характера
D. внесение дисциплинарных взысканий

300) ВРАЧ-СПЕЦИАЛИСТ В ОБЛАСТИ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ ПРОВОДИТ

РАБОТУ НА МЕСТЕ ПРОИСШЕСТВИЯ ПО

A. указанию следователя +
B. своей инициативе
C. указанию оперативного работника милиции
D. указанию начальника бюро судебно-медицинской экспертизы

Тестовые задания открытого типа

1. Дети _____ чувствительны к действию большинства ядов по сравнению с взрослыми.
Ответ: более

2. Мышьяк накапливается в костях, волосах и ногтях, что позволяет обнаружить его судебно-_____ методами даже после эксгумации.
Ответ: химическими

3. Для хронического отравления мышьяком типичны белые поперечные полосы на _____ (кайма Мееса), полиневриты, диспепсия, кахексия и алопеция.
Ответ: ногтях

4. Синильная кислота и ее соли связывают трехвалентное _____ цитохромоксидазы, блокируя передачу электронов с цитохромов к кислороду, что приводит к нарушению процессов тканевого дыхания.
Ответ: железо

5. В типичных случаях при отравлении синильной кислотой от полостей и органов трупа ощущается запах «_____ миндаля».
Ответ: горького

6. При отравлении синильной кислотой характерен _____ цвет трупных пятен и крови.
Ответ: красный

7. При отравлении этиленгликолем он окисляется с образованием _____ кислоты, которая взаимодействует с ионами кальция с образованием нерастворимого осадка.
Ответ: щавелевой

8. Метиловый спирт, попав в организм, относительно медленно окисляется, поэтому в клинике отравления характерен _____ период.
Ответ: скрытый

9. В организме метиловый спирт окисляется до _____, муравьиной, глюкуровой и молочной кислот.
Ответ: формальдегида

10. Метиловый спирт и его метаболиты, вызывают токсическое поражение ЦНС, которое приводит к повреждению сетчатки и зрительного нерва с необратимой потерей _____.
Ответ: зрения

11. К общеасфиктическим, или признакам быстро наступившей смерти относится переполнение кровью **_____**половины сердца.

Ответ: правой

12. К общеасфиктическим, или признакам быстро наступившей смерти относятся точечные _____ в конъюнктивах век.
Ответ: кровоизлияния

13. Закрытие дыхательных путей – вид _____ асфиксии, при котором причиной нарушения или полного прекращения внешнего дыхания является инородное тело, полужидкое или жидкое содержимое, оказавшееся в дыхательных путях.
Ответ: обтурационной

14. Странгуляционная борозда, образовавшаяся при повешении в вертикальном положении, в типичном случае имеет _____ направление.
Ответ: косо-восходящее

15. Отличительная черта _____ типа утопления - массивное проникновение воды в дыхательные пути и легкие.
Ответ: аспирационного

16. При _____ типе утопления вокруг отверстий носа и рта, в дыхательных путях наблюдается белая мелкопузырчатая пена с розоватым оттенком.
Ответ: аспирационном

17. Для _____ типа утопления характерны следующие признаки: легкие вздуты, но они сухие, масса их не увеличена.
Ответ: спастического

18. Демаркационное кольцо вокруг пупочного кольца новорожденного формируется к концу _____суток.
Ответ: первых

19. Для решения вопроса, дышал или не дышал новорожденный, проводится _____ проба Диллона.
Ответ: рентгенологическая

20. При проведении плавательной легочной пробы легкие новорожденного помещаются в сосуд с _____.
Ответ: водой

21. Главным критерием живорожденности в судебной медицине являются расправленные «дышавшие _____».
Ответ: легкие

22. При внутреннем исследовании высота купола диафрагмы у дышавшего новорожденного находится на уровне _____ межреберья.
Ответ: VI (шестого)

23. По результатам плавательной желудочно-кишечной пробы по Бреслау можно определить длительность _____ жизни новорожденных.
Ответ: внеутробной

24. При выраженных гнилостных изменениях трупов новорожденных результаты гидростатических (плавательных) проб _____ быть признаны достоверными.
Ответ: не могут

25. Ребенок, родившийся на 43 неделе беременности считается _____.
Ответ: переношенным

26. Ребенок, родившийся на 38-42 неделе беременности, считается _____.
Ответ: доношенным

27. Грудной органокомплекс новорожденного включает: оба легких, вилочковую железу и _____.
Ответ: сердце

28. Младенец массой 3500г и длиной тела 50 см с врожденным дефектом развития в виде полидактилии без других пороков и дефектов внутренних органов и систем является живорожденным, доношенным, зрелым и _____.
Ответ: жизнеспособным

29. Младенец массой 3000г и длиной тела 51 см с врожденным дефектом развития в виде синдактилии без других пороков и дефектов внутренних органов и систем является живорожденным, доношенным, зрелым и _____ .
Ответ: жизнеспособным

30. Младенец массой 3400г и длиной тела 48 см с врожденным дефектом развития в виде энтродактилии обеих кистей без других пороков и дефектов внутренних органов и систем является живорожденным, доношенным, зрелым и _____ .
Ответ: жизнеспособным

31. Младенец массой 3300г и длиной тела 47 см с врожденным дефектом развития в виде косолапости обеих стоп без других пороков и дефектов внутренних органов и систем является живорожденным, доношенным, зрелым и _____ .
Ответ: жизнеспособным

32. Младенец массой 3300г и длиной тела 51 см с врожденным дефектом развития в виде «О»- и «Х»-образных деформаций обеих нижних конечностей без других пороков и дефектов внутренних органов и систем является живорожденным, доношенным, зрелым и _____ .
Ответ: жизнеспособным

33. Термический ожог туловища и правой верхней конечности III степени с площадью поражения 15-20% поверхности тела расцениваются как повреждения, причинившие - _____ вред здоровью человека.
Ответ: тяжкий

34. В сухих проветриваемых помещениях трупы младенцев, как правило, мумифицируются в течение нескольких _____.
Ответ: недель

35. Интоксикации, вызванные приемом этилового спирта, у детей протекают _____, чем у взрослых.
Ответ: тяжелее

36. Наркотические вещества способны проникать в плод через _____, что может привести к его внутриутробной гибели.
Ответ: плаценту

37. У здоровых детей процессы заживления неосложненных повреждений протекают _____, чем у взрослых.
Ответ: быстрее

38. Согласно законодательству РФ за детоубийство предусматривается _____ наказание в сравнении с убийством.
Ответ: меньшее

39. Смерть младенца во время родов может быть обусловлена _____ околоплодных вод.
Ответ: аспирацией

40. У зрелого младенца ногти на ногах _____до кончиков пальцев.
Ответ: доходят
41. Морфологическим признаком, указывающим на _____ является наличие влажной сочной пуповины без демаркационного кольца.
Ответ: новорожденность

42. В судебно-медицинской практике младенец, родившийся на VIII лунном месяце, при отсутствии грубых пороков развития, весом 1500г, длиной тела 40 см считается _____.
Ответ: жизнеспособным
43. Продолжительность внутриутробного развития плода (гестационный возраст) определяют по формуле Гааза, при длине плода до 25 см, из этой величины извлекают _____ корень.
Ответ: квадратный
44. Удельная плотность недышавших легких _____ единицы, поэтому они тонут в воде.
Ответ: больше

45. Врач-специалист в области судебной медицины проводит работу на месте происшествия по указанию _____.
Ответ: **следователя**

46. Осмотр трупа на месте его обнаружения, согласно ст. 178 УПК, организует и проводит _____.
Ответ: следователь

47. Огнестрельная рана, вокруг которой обнаружены копоть и порошинки, является _____.
Ответ: входной

48. При выстрелах в упор в области входного повреждения наблюдается ярко-красная окраска мягких тканей, обусловленная взаимодействием оксида углерода пороховых газов и гемоглобина крови с образованием _____.
Ответ: карбоксигемоглобина

49. При определении тяжести вреда, повлекшего психическое расстройство, судебно-медицинская экспертиза проводится комиссией экспертов с участием врача _____ .
Ответ: психиатра

50. В развитии трупных пятен различают _____ стадии.
Ответ: три

51. До 3-х лет костный возраст определяют по _____ окостенения.
Ответ: ядрам

52. При ударе тупым предметом по телу в направлении под углом 70-90° характерным является образование _____.
Ответ: кровоподтека

II. Блок Медицинское право

Тема 1 - Система законодательства в сфере охраны здоровья

1. В какой статье Конституции Российской Федерации закреплено право на охрану здоровья и медицинскую помощь?
   A) 41
   B) 17
   C) 25
   D) 31

   ОТВЕТ: A

2. Какой документ определяет здоровье как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов»?
   A) Устав Всемирной организации здравоохранения (1946 г.)
   B) Всеобщая декларация прав человека (1948 г.)
   C) Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966 г.)
   D) Лиссабонская декларация о правах пациента (1981 г.)

   ОТВЕТ: A

3. К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья относятся:
   A) разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования
   B) организация и осуществление контроля в сфере охраны здоровья, в том числе за соблюдением требований технических регламентов в сфере охраны здоровья
   C) ведение федеральных информационных систем, федеральных баз данных в сфере здравоохранения, в том числе обеспечение конфиденциальности содержащихся в них персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации
   D) установление порядка осуществления медицинской деятельности на принципах государственно-частного партнерства в сфере охраны здоровья

   ОТВЕТ: A

4. Согласно уставу Всемирной организации здравоохранения (1946 г.), целью данной международной организации является…
   A) достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья
   B) эффективное сотрудничество с Объединёнными Нациями, со специализированными учреждениями, с правительственными учреждениями по вопросам здравоохранения
   C) поощрение и развитие работы по борьбе с эпидемическими, эндемическими и другими болезнями
   D) поощрение и проведение исследований в области здравоохранения

   ОТВЕТ: A

5. Для СССР Устав Всемирной организации здравоохранения (1946 г.) вступил в силу с … года

A) 1948
B) 1960
C) 1975
D) 1987

ОТВЕТ: A

6. Каким нормативно-правовым актом регламентирован порядок проведения доклинических и клинических исследований лекарственных средств для медицинского применения в России?
   A) Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств»
   B) Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
   C) Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах»
   D) Федеральный закон «О трансплантации органов и (или) тканей человека»

   ОТВЕТ: A

7. Что из нижеперечисленного не является источником медицинского права в России?
   A) Постановление Верховного Суда РФ «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина»
   B) Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
   C) Постановление Правительства РФ «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»
   D) Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению»

   ОТВЕТ: A

8. Какой из нижеперечисленных нормативно-правовых актов России, регулирующих общественные отношения в сфере здравоохранения, имеет наименьшую юридическую силу?
   A) Приказ Минздрава РФ «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы»
   B) Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
   C) Указ Президента РФ «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»
   D) Постановление Правительства РФ «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации»

   ОТВЕТ: A

9. Какой из нижеперечисленных нормативно-правовых актов, регулирующих общественные отношения в сфере здравоохранения, имеет наибольшую юридическую силу?
   A) Указ Президента РФ «О Федеральном медико-биологическом агентстве»
   B) Закон г. Москвы «Об охране здоровья в городе Москве»
   C) Приказ Минздрава РФ «О типовом положении о территориальном органе Федерального медико-биологического агентства»
   D) Постановление Правительства РФ «О Федеральном медико-биологическом

агентстве»

ОТВЕТ: A

10. Правовое положение каких субъектов в сфере здравоохранения не закреплено Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»?
    A) федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования
    B) пациента
    C) медицинских работников
    D) фармацевтических работников

    ОТВЕТ: A

11. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет понятие «охрана здоровья граждан» следующим образом –
    A) система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи
    B) система мер политического, экономического и правового характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека
    C) система мер медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи
    D) система мер медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний и предоставления гражданам медицинской помощи

    ОТВЕТ: A

12. Какое из нижеперечисленных положений не относится к принципам охраны здоровья, предусмотренным Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»?

A) обязательность наличия согласия родителей при оказании детям до 18 лет медицинской помощи
B) приоритет охраны здоровья детей
C) соблюдение врачебной тайны
D) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи

ОТВЕТ: A

13. Кто, согласно статье 41 Конституции Российской Федерации, бесплатно может получить медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за счёт средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений?
A) граждане Российской Федерации
B) граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства, проживающие на законных основаниях на территории Российской Федерации
C) граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства, проживающие на законных основаниях на территории Российской Федерации и уплачивающие, установленные в Российской Федерации, налоги и взносы
D) любое лицо, имеющее полис обязательного медицинского страхования

ОТВЕТ: A

14. Правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан в Российской Федерации определяются Федеральным законом
A) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
B) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»
C) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
D) «О территориях опережающего социально-экономического развития в Российской Федерации»

ОТВЕТ: A

15. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», законодательство в сфере охраны здоровья основывается на…
A) Конституции Российской Федерации и состоит из Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принимаемых в соответствии с ним других федеральных законов, иных нормативных правовых актов Российской Федерации, законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации
B) Конституции Российской Федерации и состоит из принимаемых в соответствии с ней федеральных законов, иных нормативных правовых актов Российской Федерации, законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации
C) Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принимаемых в соответствии с ним других федеральных законов, иных нормативных правовых актов Российской Федерации, законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации
D) Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принимаемых в соответствии с ним других федеральных законов, иных нормативных правовых актов Российской Федерации

ОТВЕТ: A

16. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», мероприятия по охране здоровья должны проводиться на основе…
    A) признания, соблюдения и защиты прав граждан и в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права
    B) соблюдения и защиты прав граждан и в соответствии с Конституцией РФ признания, соблюдения и защиты прав граждан, закреплённых в федеральных законах РФ соблюдения и защиты прав граждан, закреплённых в федеральных законах РФ и законах субъектов РФ

    ОТВЕТ: A

17. Какие нормативно-правовые акты уполномочено принимать Министерство здравоохранения России в целях регулирования общественных отношений в сфере медицинской и фармацевтической деятельности?
    A) приказы
    B) указы
    C) постановления
    D) законы

    ОТВЕТ: A

18. Какой из нижеперечисленных нормативно-правовых актов России закрепляет основания привлечения к гражданско-правовой ответственности вследствие причинения вреда здоровью?
    A) Гражданский кодекс РФ
    B) Уголовный кодекс РФ
    C) Кодекс об административных правонарушениях РФ
    D) Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

    ОТВЕТ: A

19. Какой из нижеперечисленных нормативно-правовых актов России закрепляет составы преступлений, субъектом которых может быть медицинский работник, ненадлежаще исполнивший свои профессиональные обязанности?
    A) Уголовный кодекс РФ
    B) Гражданский кодекс РФ
    C) Кодекс РФ об административных правонарушениях
    D) Уголовно-процессуальный кодекс РФ

    ОТВЕТ: A

20. Какой из нижеперечисленных нормативно-правовых актов России регламентирует основание и порядок привлечения медицинских работников к дисциплинарной ответственности?
    A) Трудовой кодекс РФ
    B) Гражданский кодекс РФ
    C) Кодекс РФ об административных правонарушениях
    D) Уголовный кодекс РФ

    ОТВЕТ: A

21. Каким из нижеперечисленных нормативно-правовых актов России утверждены базовые права и обязанности пациентов, медицинских работников и медицинских организаций?

A) Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
B) Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств»
C) Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
D) Гражданский кодекс РФ

ОТВЕТ: A

22. В каком нормативно-правовом акте России закреплён правовой статус страховых медицинских организаций?
    A) Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
    B) Гражданский кодекс РФ
    C) Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
    D) Трудовой кодекс РФ

    ОТВЕТ: A

23. Каким документом определены меры административной ответственности за незаконное приобретение, хранение, перевозку, изготовление наркотических средств, потребление наркотических средств без назначения врача?
    A) Кодекс РФ об административных правонарушениях
    B) Гражданский кодекс РФ
    C) Уголовный кодекс РФ
    D) Кодекс административного судопроизводства РФ

    ОТВЕТ: A

24. Статья 41 Конституции Российской Федерации предусматривает ответственность должностных лиц за…
    A) сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей
    B) недофинансирование федеральных программ охраны и укрепления здоровья населения
    C) неоказание гражданам бесплатной медицинской помощи в частных медицинских организациях
    D) недофинансирование федеральных программ подготовки медицинских работников

    ОТВЕТ: A

25. Нормы об охране здоровья, содержащиеся в федеральных законах, иных нормативных правовых актах Российской Федерации, законах и иных нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации, должны соответствовать нормам…
    A) Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
    B) Уголовного кодекса РФ
    C) Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
    D) Федерального закона от 30.03.1999 N 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»

    ОТВЕТ: A

26. В случае, если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем правила в сфере охраны здоровья, предусмотренные Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», применяются правила, установленные
    A) международным договором
    B) федеральным законом
    C) Конституцией РФ
    D) постановлениями Конституционного Суда РФ

    ОТВЕТ: A

27. Законодательство в сфере охраны здоровья в отношении организаций, расположенных на территории международного медицинского кластера и осуществляющих медицинскую деятельность, применяется с учетом особенностей, установленных следующим федеральным законом:
    A) «О международном медицинском кластере и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»
    B) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
    C) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»
    D) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

    ОТВЕТ: A

28. Законодательство в сфере охраны здоровья в отношении организаций, осуществляющих медицинскую деятельность на территории свободного порта Владивосток, применяется с учётом особенностей, установленных федеральным законом
    A) «О свободном порте Владивосток»
    B) «О международном медицинском кластере и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»
    C) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
    D) «О территориях опережающего социально-экономического развития в Российской Федерации»

    ОТВЕТ: A

29. Законодательство в сфере охраны здоровья в отношении организаций, осуществляющих медицинскую деятельность на территориях инновационных научно-технологических центров, применяется с учётом особенностей, установленных федеральным законом
    A) «Об инновационных научно-технологических центрах и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»
    B) «О международном медицинском кластере и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»
    C) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
    D) «О территориях опережающего социально-экономического развития в Российской Федерации»

    ОТВЕТ: A

30. Законодательство в сфере охраны здоровья в отношении организаций, осуществляющих медицинскую деятельность на территориях опережающего социально-экономического развития, применяется с учетом особенностей, установленных федеральным законом
    A) «О территориях опережающего социально-экономического развития в Российской Федерации»

B) «Об инновационных научно-технологических центрах и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»
C) «О международном медицинском кластере и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»
D) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

ОТВЕТ: A

31. Отношения в сфере охраны здоровья населения города Москвы регулируются законом города Москвы «Об охране здоровья в городе Москве», принятым в соответствии с
A) Конституцией Российской Федерации, Федеральным законом от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Уставом города Москвы
B) Конституцией Российской Федерации и Уставом города Москвы
C) Федеральным законом от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Уставом города Москвы
D) Уставом города Москвы

ОТВЕТ: A

32. Закон города Москвы «Об охране здоровья в городе Москве» был принят в … году
A) 2010
B) 2001
C) 1998
D) 1995

ОТВЕТ: A

33. Правовую основу охраны здоровья населения города Москвы составляют
A) Конституция Российской Федерации, федеральные законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации, общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации, Устав города Москвы, закон города Москвы «Об охране здоровья в городе Москве», другие законы и иные правовые акты города Москвы
B) Конституция Российской Федерации, федеральные законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации, общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации, Устав города Москвы, закон города Москвы «Об охране здоровья в городе Москве»
C) Федеральные законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации, общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации, Устав города Москвы, Закон города Москвы «Об охране здоровья в городе Москве», другие законы и иные правовые акты города Москвы
D) Устав города Москвы, закон города Москвы «Об охране здоровья в городе Москве», другие законы и иные правовые акты города Москвы

ОТВЕТ: A

34. В соответствии с законом города Москвы «Об охране здоровья в городе Москве», государственную политику в сфере охраны здоровья населения города Москвы реализуют
A) органы государственной власти города Москвы

B) федеральные органы власти
C) федеральные органы власти совместно с органами государственной власти города Москвы
D) органы государственной власти города Москвы совместно с органами местного самоуправления

ОТВЕТ: A

35. Что понимается под сокрытием должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей?
A) утаивание информации или распространение заведомо недостоверной, ложной информации о состоянии окружающей среды, её санитарно-эпидемиологическом состоянии и других событиях и обстоятельствах, угрожающих здоровью людей
B) утаивание информации о состоянии окружающей среды, её санитарно-эпидемиологическом состоянии
C) распространение заведомо недостоверной, ложной информации о состоянии окружающей среды, её санитарно-эпидемиологическом состоянии
D) утаивание информации о возможности получения гражданами бесплатной медицинской помощи

ОТВЕТ: A

36. В соответствии с законом города Москвы «Об охране здоровья в городе Москве», государственная система здравоохранения города Москвы возглавляется
A) уполномоченным Правительством Москвы органом исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения
B) Министерством здравоохранения РФ
C) Правительством Москвы
D) Правительством РФ

ОТВЕТ: A

37. В соответствии с законом города Москвы «Об охране здоровья в городе Москве», медицинские образовательные учреждения, фармацевтические и аптечные организации включаются в состав государственной системы здравоохранения города Москвы, если они
A) находятся в собственности города Москвы и подведомственны уполномоченному органу исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения
B) находятся на территории города Москвы и подведомственны Правительству Москвы
C) находятся на территории города Москвы
D) подведомственны Министерству здравоохранения РФ и переданы в собственность города Москвы

ОТВЕТ: A

38. В соответствии с законом города Москвы «Об охране здоровья в городе Москве», государственные учреждения здравоохранения включаются в состав государственной системы здравоохранения города Москвы, если они
A) находятся в собственности города Москвы и подведомственны уполномоченному органу исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения
B) находятся на территории города Москвы и подведомственны Правительству Москвы

C) находятся на территории города Москвы
D) подведомственны Министерству здравоохранения РФ и переданы в собственность города Москвы

ОТВЕТ: A

39. Информация о состоянии здоровья и санитарно-эпидемиологическом благополучии населения города Москвы публикуется
A) в официальных изданиях Мэра и Правительства Москвы и на официальном сайте уполномоченного органа исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения
B) только на официальном сайте уполномоченного органа исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения
C) только в виде раздела в ежегодном докладе Мэра Москвы Московской городской Думе о деятельности органов исполнительной власти
D) в «Российской газете» и на официальном сайте Правительства Москвы

ОТВЕТ: A

40. Закон Московской области «О здравоохранении в Московской области» был принят в … году
A) 2013
B) 2011
C) 2002
D) 1997

ОТВЕТ: A

41. Координация деятельности органов, учреждений и организаций, входящих в систему здравоохранения Московской области, а также иных субъектов, входящих в государственную, муниципальную и частную системы здравоохранения в сфере охраны здоровья граждан, осуществляется
A) Правительством Московской области
B) центральным исполнительным органом государственной власти Московской области, уполномоченный в сфере здравоохранения
C) Министерством здравоохранения РФ
D) Правительством РФ

ОТВЕТ: A

42. В соответствии с законом Московской области «О здравоохранении в Московской области», к полномочиям Московской областной думы в сфере здравоохранения относится
A) утверждение бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области на очередной финансовый год и плановый период
B) организация оказания населению Московской области первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях Московской области
C) разработка и утверждение государственных программ развития здравоохранения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, профилактики заболеваний и другим вопросам в области охраны здоровья граждан
D) организация обеспечения граждан лекарственными препаратами,

медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания в случаях, установленных законодательством Российской Федерации и законодательством Московской области

ОТВЕТ: A

43. Для осуществления медицинской деятельности в Российской Федерации сначала необходимо получить _____ образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами
    A) медицинское или иное
    B) медицинское или химическое
    C) медицинское, химическое или химико-технологическое
    D) медицинское, биологическое или биохимическое

ОТВЕТ: A

44. Чтобы осуществлять медицинскую деятельность в Российской Федерации в первую очередь необходимо получить медицинское или иное образование в _____ в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами
    A) Российской Федерации
    B) Российской Федерации или ином иностранном государстве
    C) Российской Федерации и странах СНГ
    D) любом государстве, если иное не предусмотрено международным договором

ОТВЕТ: A

45. Для осуществления медицинской деятельности в Российской Федерации полученное в Российской Федерации медицинское или иное образование должно соответствовать
    A) федеральным государственным образовательным стандартам
    B) международным образовательным стандартам в соответствии с международными договорами
    C) межгосударственным образовательным стандартам в соответствии с межгосударственными соглашениями
    D) региональным стандартам, определяемым субъектами Российской Федерации

ОТВЕТ: A

46. В какой статье Конституции Российской Федерации содержится запрет на проведение медицинских, научных или иных опытов без добровольного согласия лица?
    A) 21
    B) 18
    C) 22
    D) 41

ОТВЕТ: A

47. Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие
    A) свидетельство об аккредитации специалиста
    B) сертификат специалиста установленного образца

C) диплом о профессиональной переподготовке специалиста
D) удостоверение о повышении квалификации специалиста

ОТВЕТ: A

48. Педагогические и научные работники, осуществляющие практическую подготовку обучающихся, а также научные работники, осуществляющие научные исследования в сфере охраны здоровья, вправе осуществлять медицинскую деятельность, если
    A) имеют сертификат специалиста либо свидетельство об аккредитации специалиста
    B) имеют или свидетельство об аккредитации специалиста, или диплом о переквалификации специалиста и
    C) имеют как сертификат специалиста, так и свидетельство об аккредитации специалиста
    D) даже не имеют ни сертификата специалиста, ни свидетельства об аккредитации специалиста

ОТВЕТ: A

49. На педагогических и научных работников при осуществлении ими медицинской деятельности
    A) распространяются права, обязанности и ответственность медицинских работников б)не могут распространяться права, обязанности и ответственность медицинских работников
    B) распространяются исключительно права и обязанности, но не ответственность медицинских работников
    C) могут распространяться либо права и обязанности, либо ответственность медицинских работников

ОТВЕТ: A

50. Процедура определения соответствия лица, получившего медицинское или иное образование, требованиям к осуществлению медицинской деятельности по определённой медицинской специальности – это...
    A) аккредитация специалиста
    B) переквалификация специалиста
    C) переподготовка специалиста
    D) повышение квалификации специалиста

ОТВЕТ: A

51. Аккредитация специалиста проводится аккредитационной комиссией _____ не реже одного раза в пять лет
    A) после освоения им профессиональных образовательных программ медицинского образования
    B) освоения медицинским работником профессиональных образовательных программ медицинского образования
    C) одновременно с освоением им профессиональных образовательных программ медицинского образования параллельно с освоением им профессиональных образовательных программ медицинского образования

ОТВЕТ: A

52. Аккредитация специалиста проводится аккредитационной комиссией по окончании освоения им профессиональных образовательных программ медицинского образования или фармацевтического образования

A) не реже одного раза в пять лет
B) не чаще одного раза в шесть лет
C) не чаще одного раза в четыре года
D) не реже одного раза в десять лет
ОТВЕТ: A

53. Аккредитационная комиссия формируется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти с участием
A) профессиональных некоммерческих организаций
B) представителей первичных профсоюзных организаций
C) органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации
D) государственных и частных профессиональных коммерческих организаций
ОТВЕТ: A

54. Положение об аккредитации специалистов, порядок выдачи свидетельства об аккредитации специалиста, форма свидетельства об аккредитации специалиста и технические требования к нему утверждаются
A) Министерством здравоохранения Российской Федерации
B) Министерством образования и науки Российской Федерации
C) Министерством труда и социальной защиты Российской Федеральной
D) Министерством промышленности и торговли Российской Федерации
ОТВЕТ: A

55. Переход к процедуре аккредитации специалистов осуществляется поэтапно с 1 января 2016 года по _____ включительно
A) 31 декабря 2025 года
B) 31 декабря 2018 года
C) 30 сентября 2020 года
D) 29 февраля 2022 года
ОТВЕТ: A

56. К осуществлению медицинской деятельности не могут быть допущены лица, имеющие медицинское образование, но не работавшие по своей специальности более
A) пяти лет
B) четырех лет
C) шести лет
D) десяти лет
ОТВЕТ: A

57. Конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь взаимосвязано с закреплённым в основах конституционного строя Российской Федерации принципа
A) социального государства
B) светского государства
C) демократического государства
D) правового государства с республиканской формой правления
ОТВЕТ: A

58. Лица, имеющие медицинское образование, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности в соответствии с полученной специальностью после

A) прохождения обучения по дополнительным профессиональным программам и прохождения аккредитации специалиста
B) предоставления диплома о получении специальности, сертификата специалиста и прохождения курсов повышения квалификации
C) прохождения профессиональных образовательных программ медицинского образования в соответствии с Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации»
D) прохождения курсов профессиональной переподготовки, сдачи экзаменов, защиты дипломной работы и получения диплома о профессиональной переподготовке

ОТВЕТ: A

59. Лица, не завершившие освоение образовательных программ высшего медицинского образования, и лица с высшим медицинским образованием могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности на должностях
A) среднего медицинского персонала
B) врача-стажера или врача-специалиста
C) провизора-стажера, провизора-технолога
D) младшего медицинского персонала

ОТВЕТ: A

60. Лица, получившие медицинское образование в иностранных государствах, допускаются к осуществлению медицинской деятельности после
A) признания иностранного образования и (или) квалификации и прохождения аккредитации специалиста
B) заключения договора о взаимном признании образования и (или) квалификации между Российской Федерацией и иностранным государством
C) получения сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации специалиста, установленного международным договором образца
D) прохождения аккредитации специалиста и получения установленного международными нормами свидетельства об аккредитации специалиста

ОТВЕТ: A

61. Лица, получившие медицинское образование в иностранных государствах, допускаются к осуществлению медицинской деятельности после признания в российской федерации иностранных образования и (или) квалификации и
A) прохождения аккредитации специалиста
B) подачи заявления о признании иностранного образования и (или) иностранной квалификации
C) получения дополнительного профессионального образования
D) прохождения государственной итоговой аттестации с присвоением квалификации

ОТВЕТ: A

62. Кто в Российской Федерации может быть подвергнут медицинским, научным или иным опытам без добровольного согласия?
A) никто
B) граждане Российской Федерации в условиях введённого, в установленном порядке, чрезвычайного положения на всей территории государства
C) лица, осуждённые к пожизненному лишению свободы за совершение насильственных преступлений и преступлений против половой неприкосновенности и половой свободы

D) лица, признанные в установленном порядке недееспособными или ограниченно дееспособными

ОТВЕТ: A

63. Согласно Конституции Российской Федерации, проведение единой государственной политики в области здравоохранения возложено на:
    A) Правительство Российской Федерации
    B) Департаменты здравоохранения субъектов Российской Федерации
    C) Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации
    D) Совет Федерации Федерального Собрания Российской Федерации

ОТВЕТ: A

64. Подлежит ли медицинская деятельность обязательному лицензированию?
    A) подлежит за исключением медицинской деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"
    B) не подлежит
    C) подлежит, но при наличии не менее 3 работников, трудоустроенных официально в организации, осуществляющей медицинскую деятельность
    D) подлежит, но только в случае использования оборудования, подлежащего обязательной сертификации и поверке

ОТВЕТ: A

65. Лицензирование медицинской деятельности, осуществляемой на территории международного медицинского кластера иностранными юридическими лицами - участниками проекта международного медицинского кластера, осуществляется в соответствии с…
    A) законами и подзаконными актами Российской Федерации
    B) международными договорами и иными международными нормативными актами в сфере лицензирования медицинской деятельности
    C) законодательством того государства, где зарегистрировано иностранное юридическое лицо – участник проекта международного медицинского кластера
    D) законодательством того государства, которое иностранное юридическое лицо – участник проекта международного медицинского кластера выберет самостоятельно

ОТВЕТ: A

66. Положением «О лицензировании медицинской деятельности» (утв. постановлением Правительства РФ от 16.04.2012) установлен перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность. Укажите, какие работы (услуги) относятся к медицинской деятельности:
    A) все из перечисленных
    B) работы (услуги) по трансфузиологии
    C) работы (услуги) по гериатрии
    D) работы (услуги) гигиеническому воспитанию

ОТВЕТ: A

67. Какое из перечисленных лицензионных требований не относится к соискателю лицензии:
    A) соблюдение порядков оказания медицинской помощи

B) наличие зданий, строений, сооружений и (или) помещений, принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для выполнения заявленных работ (услу
C) и отвечающих установленным требованиям;
D) наличие у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности;
E) наличие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

ОТВЕТ: A

68. Согласно конституции Российской Федерации, координация вопросов здравоохранения находится в…
A) совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации
B) ведении Российской Федерации
C) ведении субъектов Российской Федерации совместном ведении Российской Федерации и межправительственных организаций, участником которых является Российская Федерация

ОТВЕТ: A

69. Какое из перечисленных лицензионных требований не относится к лицензиату:
A) наличие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.
B) повышение квалификации специалистов, выполняющих заявленные работы (услуги), не реже 1 раза в 5 лет
C) соблюдение установленного порядка предоставления платных медицинских услуг
D) соблюдение порядков оказания медицинской помощи

ОТВЕТ: A

70. Внеплановая выездная проверка может быть проведена лицензирующим органом по факту поступления в лицензирующий орган обращений, заявлений граждан, индивидуальных предпринимателей, юридических лиц о фактах грубых нарушений лицензионных требований, после согласования в установленном порядке с ……. по месту осуществления лицензируемого вида деятельности
A) органом прокуратуры
B) органом полиции
C) судебным органом
D) вышестоящим лицензирующим органом

ОТВЕТ: A

71. В отношении каких организаций лицензирование медицинской деятельности осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения?
A) медицинских и иных организаций, осуществляющих деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи
B) иностранных юридических лиц - участников проекта международного медицинского кластера

C) индивидуальных предпринимателей
D) организаций федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба

ОТВЕТ: A

72. Какой стаж работы по специальности необходим индивидуальному предпринимателю для получения лицензии на осуществление медицинской деятельности при желании осуществлять деятельность в качестве специалиста с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения
A) не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования
B) не менее 3 лет - при наличии высшего медицинского образования
C) не менее 2 лет - при наличии высшего медицинского образования
D) не менее 1 года - при наличии высшего медицинского образования

ОТВЕТ: A

73. Какой минимальный уровень медицинского образования необходимо иметь индивидуальному предпринимателю – соискателю лицензии, в случае, если он намерен после её получения осуществлять исключительно доврачебную помощь?
A) среднее медицинское образование
B) высшее медицинское образование
C) медицинское образование не требуется
D) учебные курсы по медицине в названной сфере

ОТВЕТ: A

74. Лицензионным требованием, предъявляемым к лицензиату при осуществлении им медицинской деятельности, является требование
A) повышение квалификации специалистов, выполняющих заявленные работы (услуги), не реже 1 раза в 5 лет
B) повышение квалификации специалистов, выполняющих заявленные работы (услуги), не реже 1 раза в 10 лет
C) повышение квалификации специалистов, выполняющих заявленные работы (услуги), не реже 1 раза в 3 года
D) повышение квалификации специалистов, выполняющих заявленные работы (услуги), не реже 1 раза в год

ОТВЕТ: A

75. Изъятие органов и (или) тканей у живого донора допустимо только в случае, если его здоровью по заключению ..... не будет причинён значительный вред
A) консилиума врачей-специалистов
B) лечащего врача-специалиста
C) Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения
D) Министерства здравоохранения Российской Федерации

ОТВЕТ: A

76. Изъятие органов и (или) тканей для трансплантации не допускается у живого донора, не достигшего … лет (за исключением случаев пересадки костного мозг
A) либо признанного в установленном порядке недееспособным
B) 18 лет
C) 14 лет
D) 10 лет
E) 27 лет

ОТВЕТ: B

77. Забор и заготовка органов и (или) тканей человека, а также их трансплантация осуществляются
    A) в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения
    B) в государственных, муниципальных, частных учреждениях здравоохранения
    C) исключительно в государственных учреждениях здравоохранения
    D) в частных учреждениях здравоохранения
    ОТВЕТ: A

78. Закон Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека» закрепляя следующее правило: «изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту» устанавливает
    A) презумпцию согласия на изъятие органов и (или) тканей
    B) презумпцию несогласия на изъятие органов и (или) тканей
    C) презумпцию одобрения любого решения консилиума врачей-специалистов на изъятие органов и (или) тканей
    D) презумпцию невиновности
    ОТВЕТ: A

79. Какой международно-правовой акт декларирует право каждого человека на «наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья»?
    A) Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966 г.)
    B) Всеобщая декларация прав человека (1948 г.)
    C) Международный пакт о гражданских и политических правах (1966 г.)
    D) Декларация о правах инвалидов (1975 г.)
    ОТВЕТ: A

80. Изъятие у живого донора органов допускается, если он находится с реципиентом в генетической связи, за исключением случаев пересадки …
    A) костного мозга
    B) сердца
    C) почки
    D) лёгкого
    ОТВЕТ: A

81. У живого донора может быть изъят для трансплантации … орган, часть органа или ткань, отсутствие которых не влечет за собой необратимого расстройства здоровья
    A) парный
    B) единственный
    C) ненужный
    D) нефункционирующий
    ОТВЕТ: A

82. Врачам и иным сотрудникам учреждения здравоохранения запрещается разглашать сведения …
    A) о доноре и реципиенте
    B) о доноре
    C) о реципиенте

D) о враче, осуществившим операцию по пересадке органов и (или) тканей человека

ОТВЕТ: A

83. Учреждению здравоохранения, которому разрешено проводить операции по забору и заготовке органов и (или) тканей у трупа, запрещается осуществлять их ...
    A) продажу
    B) рекламу
    C) хранение
    D) транспортировку

ОТВЕТ: A

84. Принудительные меры медицинского характера применяются по …… в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, установленным Уголовным кодексом Российской Федерации и Уголовно-процессуальным кодексом Российской Федерации
    A) решению суда
    B) санкции прокурора
    C) решению лечащего врача-специалиста
    D) решению консилиума врачей-специалистов

ОТВЕТ: A

85. При оказании психиатрической помощи врач – психиатр независим в своих решениях и руководствуется только…
    A) медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом.
    B) медицинскими показаниями и собственными знаниями и навыками
    C) собственными знаниями и навыками
    D) Конституцией Российской Федерации

ОТВЕТ: A

86. … проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи
    A) психиатрическое освидетельствование
    B) психиатрическая помощь, оказываемая в амбулаторных условиях
    C) диспансерное наблюдение
    D) отбор биоматериала

ОТВЕТ: A

87. … об удовлетворении заявления является основанием для госпитализации и дальнейшего содержания лица в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях
    A) постановление судьи
    B) заключение прокурора
    C) решение лечащего врача
    D) решение консилиума врачей-специалистов

ОТВЕТ: A

88. Донором вправе быть дееспособное лицо, являющееся гражданином Российской Федерации либо проживающим на территории Российской Федерации на законных основаниях не менее одного года иностранным гражданином или лицом без

гражданства, достигшее возраста
A) 18 лет
B) 14 лет
C) 27 лет
D) 20 лет
ОТВЕТ: A

89. Медицинское обследование донора … в случае аутологичной трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов
A) не является обязательным
B) является обязательным
C) проводится по усмотрению донора
D) запрещено
ОТВЕТ: A

90. Государства-участники СНГ обязуются оказывать экстренную и неотложную медицинскую помощь гражданам государств-участников содружества без взаимных компенсаций затрат на основании
A) Соглашения о сотрудничестве в области охраны здоровья населения (заключено в г. Минске 26.06.1992)
B) Решения Совета глав правительств СНГ «О Стратегии «Здоровье населения государств - участников Содружества Независимых Государств» (принято в г. Бишкеке 07.06.2016)
C) Модельного закона о страховой медицине (принят в г. Санкт-Петербурге 25.11.2016 Постановлением 45-9 на 45-ом пленарном заседании Межпарламентской Ассамблеи государств-участников СНГ)
D) Декларации о правах инвалидов (1975 г.)
ОТВЕТ: A

91. Медицинская деятельность, связанная с обеспечением целостности крови и ее компонентов, доступности и защиты донорской крови и (или) ее компонентов в целях сохранения их биологических свойств определяется как
A) хранение донорской крови и (или) ее компонентов
B) транспортировка донорской крови и (или) ее компонентов
C) утилизация донорской крови и (или) ее компонентов
D) заготовка донорской крови и (или) ее компонентов
ОТВЕТ: A

92. Совокупность видов медицинского обследования донора, а также донация, процедуры исследования и переработки донорской крови и (или) ее компонентов определяется как
A) заготовка донорской крови и (или) ее компонентов
B) хранение донорской крови и (или) ее компонентов
C) транспортировка донорской крови и (или) ее компонентов
D) утилизация донорской крови и (или) ее компонентов
ОТВЕТ: A

93. Деятельность, связанная с доставкой крови и (или) ее компонентов от субъектов обращения донорской крови и (или) ее компонентов в медицинские организации, научные организации, образовательные организации, а также в организации, осуществляющие производство лекарственных средств и медицинских изделий определяется как

A) транспортировка донорской крови и (или) ее компонентов
B) заготовка донорской крови и (или) ее компонентов
C) хранение донорской крови и (или) ее компонентов
D) утилизация донорской крови и (или) ее компонентов

ОТВЕТ: A

94. Имеют ли иностранные граждане, являющиеся застрахованными лицами в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", право на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования?
A) да, имеют
B) нет, не имеют
C) да, в ограниченном виде
D) да, только на помощь в экстренной форме

ОТВЕТ: A

95. Нормативный правовой акт, устанавливающий сроки и порядок проведения гражданам профилактических прививок по эпидемическим показаниям это:
A) календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям
B) национальный календарь профилактических прививок
C) Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»
D) Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»

ОТВЕТ: A

96. Решения о проведении профилактических прививок по эпидемическим показаниям принимают
A) главный государственный санитарный врач Российской Федерации, главные государственные санитарные врачи субъектов Российской Федерации
B) Министр здравоохранения Российской Федерации и его заместители
C) Президент Российской Федерации и полномочные представители Президента РФ в федеральных округах
D) Губернаторы (мэры) субъектов Российской Федерации

ОТВЕТ: A

97. ВИЧ-инфицированные - граждане Российской Федерации обладают на ее территории ……. правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации
A) всеми
B) ограниченными
C) выборочными
D) минимальными

ОТВЕТ: A

98. Выдача официального документа о наличии или об отсутствии ВИЧ-инфекции у освидетельствуемого лица осуществляется только медицинскими организациями
A) государственной или муниципальной системы здравоохранения
B) государственной, муниципальной, частной системы здравоохранения
C) государственной, муниципальной, частной системы здравоохранения, в том числе иностранной частной системы здравоохранения

D) только государственной

ОТВЕТ: A

99. Совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию - это
    A) страховой случай
    B) страховой риск
    C) страховое обеспечение
    D) негативный страховой эпизод

ОТВЕТ: A

100. К полномочию высшего должностного лица субъекта Российской Федерации, в сфере обязательного медицинского страховании, относится:
    A) принятие решения о создании территориального фонда обязательного медицинского страхования
    B) организация управления средствами обязательного медицинского страхования
    C) установление тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование и порядка взимания страховых взносов на обязательное медицинское страхование
    D) установление системы защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования

ОТВЕТ: A

Тема 2 - Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья

1. Принцип приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем…
    E) организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени
    F) осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности.
    G) организации оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения
    H) наличия необходимого количества медицинских работников и высоким уровнем их квалификации

ОТВЕТ: A

2. Пациент имеет право по медицинским показаниям получать медицинскую помощь в дневном стационаре, в условиях которого предусматривается
    A) медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения
    B) круглосуточное медицинское наблюдение и лечение
    C) медицинское наблюдение на дому при вызове медицинского работника
    D) вне медицинской организации

ОТВЕТ: A

3. Пациент при наличии медицинских показаний имеет право на продление листка временной нетрудоспособности свыше 15 календарных дней единовременно,

которое осуществляется по решению…

A) врачебной комиссии медицинской организации
B) консилиума врачей
C) лечащего врача
D) страховой медицинской организации

ОТВЕТ: A

4. В целях смены медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи пациент обращается…
   A) в новую медицинскую организацию и подает заявление о прикреплении к ней
   B) в прежнюю организацию, к которой уже прикреплен, для получения открепительного письма
   C) в прежнюю медицинскую организацию, которая оформит направление №-057/У-04 в новую медицинскую организацию
   D) в прежнюю медицинскую организацию, которая подаст заявление на прикрепление к новой медицинской организации, от имени пациента

   ОТВЕТ: A

5. В медицинской организации пациент имеет право на выбор…
   A) врача-терапевта участкового
   B) врача – специалиста
   C) руководителя медицинской организации
   D) врача - кардиолога

   ОТВЕТ: A

6. Заявление на выбор врача в медицинской организации пациент подает на имя…
   A) руководителя медицинской организации
   B) заместителя руководителя медицинской организации
   C) руководителя юридического отдела медицинской организации
   D) руководителя методического отдела медицинской организации

   ОТВЕТ: A

7. Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению…
   A) лечащего врача
   B) врача – специалиста
   C) руководителя медицинской организации
   D) заместителя руководителя медицинской организации

   ОТВЕТ: A

8. При оказании пациенту медицинской помощи в рамках практической подготовки обучающихся по профессиональным программам образовательным программам медицинского образования…
   A) пациент должен быть проинформирован об участии обучающихся в оказании ему медицинской помощи и вправе отказаться от их участия в оказании ему медицинской помощи
   B) пациент должен быть проинформирован об участии обучающихся в оказании ему медицинской помощи и не вправе отказаться от их участия в оказании ему медицинской помощи
   C) пациент не должен быть проинформирован об участии обучающихся в оказании ему медицинской помощи и не вправе отказаться от их участия в

оказании ему медицинской помощи
D) пациент должен быть проинформирован об участии обучающихся в оказании ему медицинской помощи и вправе отказаться от их участия по решению руководителя медицинской организации

ОТВЕТ: A

9. Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту…
   A) против его воли
   B) при запрете близких родственников
   C) при запрете руководителя организации
   D) при запрете заведующего отделением

   ОТВЕТ: A

10. Пациент либо его законный представитель имеет право получать отражающие состояние его здоровья копии медицинских документов…
    A) по личному запросу
    B) только по запросу суда
    C) только по запросу близких родственников
    D) только по запросу адвоката

    ОТВЕТ: A

11. Ознакомление пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинских документов осуществляется…
    A) в помещении медицинской организации
    B) только в электронной форме
    C) в домашних условиях
    D) в любом удобном месте

    ОТВЕТ: A

12. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство пациент, не страдающий наркоманией, подписывает самостоятельно при достижении возраста…
    A) 15 лет
    B) 16 лет
    C) 18 лет
    D) 14 лет

    ОТВЕТ: A

13. В содержание принципа приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи федеральным законодательством не включено…
    A) применение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи
    B) соблюдение этических и моральных норм
    C) оказание медицинской помощи с соблюдением по возможности религиозных традиций пациента
    D) создание условий, обеспечивающих возможность посещения его родственниками

    ОТВЕТ: A

14. Законный представитель дает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении лица, не достигшего…
    A) 15 лет (больного наркоманией – 16 лет)

B) 17 лет (больного наркоманией – 18 лет)
C) 18 лет
D) 20 лет

ОТВЕТ: A

15. Законными представителями пациента являются…
A) родители, усыновители, опекуны, попечители
B) родители, усыновители, органы прокурорского надзора
C) родители, усыновители, представители правоохранительных органов
D) родители, усыновители, опекуны, попечители, близкие родственники

ОТВЕТ: A

16. Подписывать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении ребенка, не достигшего 15 лет, имеет право…
A) любой законный представитель ребенка
B) любой родственник
C) только близкий родственник
D) любое лицо на основании нотариальной доверенности

ОТВЕТ: A

17. Помимо пациента или его законного представителя информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство подписывает…
A) медицинский работник
B) только главный врач
C) только заведующий отделением медицинской организации
D) представитель страховой медицинской организации

ОТВЕТ: A

18. В перечень видов медицинских вмешательств, на которые каждый пациент или его законный представитель сразу дает согласие при выборе медицинской организации, не входит…
A) вакцинация
B) ультразвуковые исследования
C) рентгенография
D) медицинский массаж

ОТВЕТ: A

19. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия пациента или его законного представителя допускается в случае…
A) при обмене информацией медицинскими организациями, в целях оказания медицинской помощи
B) письменного обращения руководителя общественной организации по защите прав пациентов
C) письменного обращения представителей средств массовой информации при наличии аккредитации
D) письменного обращения адвоката при наличии нотариально оформленной доверенности на ведение судебного дела

ОТВЕТ: A

20. Решение о медицинском вмешательстве без согласия самого пациента не может приниматься…
A) родителями 17-летнего ребенка, не признанного недееспособным

B) консилиумом врачей
C) дежурным врачом с последующим уведомлением главного врача или заведующего отделением
D) судом в установленных законом случаях

ОТВЕТ: A

21. Соблюдение врачебной тайны не является…
A) обязанностью самого пациента
B) обязанностью фармацевтических работников
C) принципом охраны здоровья
D) обязанностью медицинских работников

ОТВЕТ: A

22. Разглашать врачебную тайну без согласия пациента не допускается в целях …
A) проведения журналистского расследования по запросу главного редактора газеты
B) осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования
C) проведения расследования несчастного случая с обучающимся во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность
D) проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов

ОТВЕТ: A

23. Разглашать врачебную тайну без согласия пациента разрешается в целях…
A) информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий
B) информирования родителей беременности 17-летней дочери, не признанной в установленном порядке недееспособной
C) информирования адвоката пациента в рамках проведения расследования
D) информирования отца, являющегося сотрудником полиции, о травмах 17-летнего сына, полученных в результате драки

ОТВЕТ: A

24. Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются…
A) возможностью выбора медицинской организации и врача
B) разработкой и реализацией программ формирования здорового образа жизни
C) осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний
D) оказанием медицинской помощи пациенту с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента

ОТВЕТ: A

25. Медицинское вмешательство без согласия пациента или его законного представителя не допускается, если у пациента обнаружена…
A) бактериальная пневмония
B) коронавирусная инфекция
C) болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
D) дифтерия

ОТВЕТ: A

26. Медицинское вмешательство без согласия пациента или его законного представителя допускается при наличии у него…
    A) педикулеза
    B) гепатита А
    C) рака
    D) папилломавирусной инфекции

    ОТВЕТ: А

27. В целях соблюдения врачебной тайны при оформлении листка временной нетрудоспособности указывается …
    A) только ее причина (сам факт заболевания, травмы и иные)
    B) диагноз работника, которому он выдан
    C) вид травмы
    D) диагноз больного члена семьи, за которым работник вынужден ухаживать

    ОТВЕТ: А

28. Согласие пациента на предоставление медицинскими работниками сведений, составляющих его врачебную тайну, должно быть предоставлено в …
    A) письменной форме
    B) устной форме
    C) любой по выбору пациента
    D) любой по выбору медицинской организации

    ОТВЕТ: А

29. За счет личных средств пациент обязан оплатить …
    A) установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара
    B) получение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, по жизненным показаниям
    C) размещение в боксах по эпидемиологическим показаниям
    D) любую необходимую по медицинским показаниям услугу в соответствии со стандартами медицинской помощи

    ОТВЕТ: А

30. Пациент имеет право получить бесплатно …
    A) транспортные услуги при сопровождении его медицинским работником в другую медицинскую организацию в случае невозможности проведения диагностических исследований медицинской организацией, в которой он находится на лечении в стационарных условиях
    B) любую услугу, оказываемую на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
    C) лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень
    D) медицинские изделия, не предусмотренные стандартами медицинской помощи, если отсутствуют жизненные показания и (или) индивидуальная непереносимость

ОТВЕТ: А

31. Согласно российскому законодательству запрещено без согласия пациента разглашать врачебную тайну …
    A) по запросу профсоюзного органа
    B) по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора
    C) по запросу суда в связи с судебным разбирательством
    D) по запросам военных комиссариатов в целях проведения военно-врачебной экспертизы

ОТВЕТ: А

32. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя, такие медицинские услуги оказываются
    A) без взимания платы
    B) на возмездной основе согласно прейскуранту услуг
    C) на возмездной основе по сниженному тарифу
    D) на возмездной основе со скидкой 50 %

ОТВЕТ: А

33. Граждане не обязаны …
    A) получать медицинскую помощь в рамках клинической апробации
    B) соблюдать режим лечения, определенный на период временной нетрудоспособности
    C) заботиться о сохранении своего здоровья
    D) соблюдать правила поведения пациента в медицинских организациях

ОТВЕТ: А

34. Право на применение вспомогательных репродуктивных технологий не имеют…
    A) одинокие мужчины
    B) одинокие женщины
    C) мужчина и женщина, состоящие в браке
    D) мужчина и женщина, не состоящие в браке

ОТВЕТ: А

35. В содержание принципа доступности и качества медицинской помощи федеральным законодательством не включено…
    A) осуществление санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий
    B) возможность беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью
    C) применение телемедицинских технологий
    D) организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения

ОТВЕТ: А

36. Граждане не вправе ….
    A) предоставлять половые клетки для использования их в промышленных целях

B) создавать общественные объединения по защите прав пациентов
C) получать паллиативную помощь в случае наличия у них неизлечимого заболевания
D) получать медико-генетические консультации без взимания платы

ОТВЕТ: A

37. Граждане не обладают правом …
A) выбора пола будущего ребенка, за исключением случаев наследования заболеваний, связанных с полом
B) на криоконсервацию и хранение своих половых клеток за счет личных средств
C) проведение медико-социальной экспертизы при очевидно неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе
D) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в связи с заболеванием, связанным с временной потерей трудоспособности

ОТВЕТ: A

38. Информация о состоянии здоровья больного наркоманией ребенка предоставляется законным представителям, не достигшего…
A) 16 лет
B) 15 лет
C) 17 лет
D) 18 лет

ОТВЕТ: A

39. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство должно оформляться…
A) перед медицинским вмешательством
B) во время этого медицинского вмешательства
C) после этого медицинского вмешательства
D) в любое время по выбору лечащего врача

ОТВЕТ: A

40. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении лица, признанного недееспособным, подписывает…
A) опекун
B) попечитель
C) главный врач
D) прокурор

ОТВЕТ: A

41. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении лица, признанного ограниченно дееспособным, подписывает…
A) пациент, признанный ограниченно дееспособным
B) опекун с разрешения лица, признанного ограниченно дееспособным
C) попечитель с разрешения лица, признанного ограниченно дееспособным
D) главный врач с разрешения представителя Министерства здравоохранения РФ

ОТВЕТ: A

42. При отказе законного представителя лица, не достигшего 15-ти лет, от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская

организация вправе обратиться в…

A) суд для защиты интересов несовершеннолетнего
B) орган опеки и попечительства
C) орган прокуратуры
D) министерство здравоохранения РФ

ОТВЕТ: A

43. Об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни недееспособного лица, его законный представитель должен известить …

A) орган опеки и попечительства
B) прокуратуру
C) руководителя регионального органа здравоохранения
D) главного внештатного специалиста психиатра региона

ОТВЕТ: A

44. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство содержится в…

A) медицинской документации пациента
B) сейфе медицинской организации
C) архиве медицинской организации
D) страховой компании, где застрахован пациент

ОТВЕТ: A

45. Медицинское вмешательство без согласия пациента не допускается…

A) в отношении лица, достигшего 15-ти лет (больного наркоманией – 16 лет) и оформившего отказ от медицинского вмешательства
B) по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни лица, не достигшего 15 лет, и если отсутствуют его законные представители
C) в отношении лица, страдающего заболеванием, представляющим опасность для окружающих
D) при оказании паллиативной помощи пациенту, если его состояние не позволяет выразить ему свою волю и отсутствует законный представитель

ОТВЕТ: A

46. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья обеспечивается путем…

A) установления временной нетрудоспособности или инвалидности
B) организации оказания медицинской помощи с учетом рационального использования его времени
C) возможностью выбора медицинской организации
D) предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств

ОТВЕТ: A

47. Врачебную тайну обязаны соблюдать…

A) все лица, которым стали известны сведения, составляющие врачебную тайну, при исполнении профессиональных обязанностей
B) только медицинские работники, имеющие высшее медицинское образование и свидетельство об аккредитации специалиста
C) только медицинские и фармацевтические работники, имеющие высшее и среднее медицинское образование
D) только должностные лица медицинской организации, имеющие

свидетельство об аккредитации специалиста

ОТВЕТ: A

48. Разглашение врачебной тайны допускается только с письменного согласия лица или его законного представителя в целях …
    A) проведения научных исследований и их опубликования в научных изданиях
    B) проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю
    C) осуществления уполномоченными федеральными органами исполнительной власти контроля качества и безопасности медицинской деятельности
    D) при обмене информацией медицинскими организациями

ОТВЕТ: A

49. По запросу адвоката информация, составляющая врачебную тайну, может быть разглашена…
    A) с письменного согласия пациента
    B) с разрешения руководителя медицинской организации и врачебной комиссии
    C) с разрешения органа исполнительной власти, осуществляющего контроль качества и безопасности медицинской деятельности
    D) письменного разрешения лечащего врача и руководителя медицинской организации

ОТВЕТ: A

50. Пациент имеет право заменить лечащего врача…
    A) путем подачи письменного заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации
    B) если устно сообщит о своем желании заменить лечащего врача в кабинете у руководителя медицинской организации
    C) путем подачи письменного заявления лично или через своего представителя в Министерство здравоохранения РФ
    D) без подачи какого-либо заявления

ОТВЕТ: A

51. Право пациента на допуск к нему адвоката может быть реализовано...
    A) по желанию пациента
    B) с разрешения главного врача
    C) с разрешения врачебной комиссии
    D) по решению суда

ОТВЕТ: A

52. Право пациента на допуск к нему священника может быть реализовано...
    A) по желанию пациента
    B) с разрешения близкого родственника
    C) с разрешения врачебной комиссии
    D) по решению суда

ОТВЕТ: A

53. Вид помощи, на которую имеют права лица до оказания медицинской помощи при несчастных случаях, травма, заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, именуется…
    A) первая помощь

B) первичная медико-санитарная помощь
C) специализированная медицинская помощь
D) скорая медицинская помощь

ОТВЕТ: A

54. Назначение лекарственных препаратов, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускается…
A) в случае наличия медицинских показаний по решению врачебной комиссии
B) по желанию пациента, если в результате самолечения успешно применялись другие препараты
C) по решению лечащего врача при наличии согласия пациента
D) по решению лечащего врача, если в ходе лечения не наблюдается положительная динамика

ОТВЕТ: A

55. Работники обязаны проходить периодический медицинский осмотр…
A) в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний
B) перед началом рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей
C) в целях раннего выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ
D) при поступлении на работу в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, а также при приеме на обучение

ОТВЕТ: A

56. Лица обязаны проходить предварительный медицинский осмотр…
A) при поступлении на работу в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, а также при приеме на обучение
B) в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний
C) перед началом рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, в том числе алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и остаточных явлений такого опьянения
D) в целях раннего выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ

ОТВЕТ: A

57. Субъектом, который согласно законодательному регулированию не уполномочен принимать решение о медицинском вмешательстве без согласия пациента или его законных представителей ни при каких обстоятельствах, является…
A) орган прокуратуры

B) суд
C) дежурный врач
D) врачебная комиссия

ОТВЕТ: A

58. Изъятие органов и тканей для трансплантации допускается у живого донора…
A) при наличии его информированного добровольного согласия
B) не достигшего 18 лет (за исключением случаев пересадки костного мозга)
C) признанного недееспособным
D) против его воли

ОТВЕТ: A

59. Водители транспортных средств вправе оказывать первую помощь…
A) если у них имеется соответствующая подготовка
B) при наличии медицинского образования
C) в случае, если его водительский стаж составляет более 5 лет
D) только при согласии пострадавшего

ОТВЕТ: A

60. Лицами, обязанными оказывать первую медицинскую помощь в соответствии с законом, не являются…
A) водители транспортных средств
B) сотрудники органов внутренних дел Российской Федерации
C) работники Государственной противопожарной службы
D) спасатели аварийно-спасательных формирований

ОТВЕТ: A

61. Одной из форм медицинской помощи, предоставляемых пациентам, является…
A) неотложная
B) паллиативная
C) скорая
D) первичная медико-санитарная

ОТВЕТ: A

62. Одним из видов медицинской помощи, оказываемой пациентам, является…
A) скорая
B) неотложная
C) плановая
D) экстренная

ОТВЕТ: A

63. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается…
A) фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием
B) сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации
C) работниками Государственной противопожарной службы
D) спасателями аварийно-спасательных формирований

ОТВЕТ: A

64. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается пациентам …
A) врачами-специалистами медицинских организаций

B) фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием
C) врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми
D) врачами общей практики (семейными врачами)

ОТВЕТ: A

65. Первичная врачебная медико-санитарная не оказывается…
A) фельдшерами, акушерами
B) врачами общей практики (семейными врачами)
C) врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми
D) врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми

ОТВЕТ: A

66. Пациент имеет право получать специализированную медицинскую помощь …
A) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара
B) только в условиях дневного стационара
C) в амбулаторных условиях
D) только в условиях дневного стационара

ОТВЕТ: A

67. Скорая медицинская помощи оказывается…
A) вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях
B) только вне медицинской организации
C) исключительно в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара
D) только в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

ОТВЕТ: A

68. Клиническая апробация и испытания лекарственных средств допускается в отношении
A) лиц, страдающих психическими расстройствами, если соответствующие методы предназначены для лечения этих психических расстройств
B) задержанных лиц
C) лиц, заключенных под стражу
D) лиц, отбывающих наказание в виде ограничения или лишения свободы

ОТВЕТ: A

69. В государственную систему здравоохранения не входят…
A) органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья
B) федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и их территориальные органы
C) исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, органы управления в сфере охраны здоровья иных федеральных органов исполнительной власти
D) медицинские организации и фармацевтические организации, организации здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, судебно-экспертные учреждения, иные организации и их обособленные подразделения, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья, подведомственные федеральным органам исполнительной власти и исполнительным органам

государственной власти субъектов Российской Федерации

ОТВЕТ: A

70. Муниципальную систему здравоохранения составляют
    A) органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья, и подведомственные им медицинские и фармацевтические организации
    B) федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и их территориальные органы
    C) исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, органы управления в сфере охраны здоровья иных федеральных органов исполнительной власти
    D) подведомственные федеральным органам исполнительной власти и исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации медицинские организации и фармацевтические организации, организации здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, судебно-экспертные учреждения, иные организации и их обособленные подразделения, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья

ОТВЕТ: A

71. Частную систему здравоохранения составляют…
    A) создаваемые юридическими и физическими лицами медицинские организации, фармацевтические организации и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья
    B) медицинские организации и фармацевтические организации, подведомственные органам местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющих полномочия в сфере охраны здоровья
    C) медицинские организации и фармацевтические организации, организации здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, подведомственные федеральным органам исполнительной власти и исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации
    D) судебно-экспертные учреждения, иные организации и их обособленные подразделения, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья, подведомственные федеральным органам исполнительной власти и исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации

ОТВЕТ: A

72. Медицинская эвакуация представляет собой транспортировку лиц в целях спасения жизни и сохранения здоровья при угрожающих жизни состояниях, …
    A) в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи
    B) за исключением лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи
    C) кроме женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных
    D) за исключением новорожденных, лиц, пострадавших в результате

чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий

ОТВЕТ: A

73. Пациент имеет право получать паллиативную медицинскую помощь …
    A) в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в условиях дневного стационара и стационарных условиях
    B) только вне медицинской организации
    C) только в стационарных условиях
    D) исключительно в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара

ОТВЕТ: A

74. Пациенты проходят профилактический медицинский осмотр…
    A) в целях раннего выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ
    B) поступлении на работу в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, а также при приеме на обучение
    C) с установленной периодичностью в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний
    D) перед началом рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей

ОТВЕТ: A

75. Врачебную тайну составляют…
    A) сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи и диагнозе гражданина, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении
    B) только сведения о состоянии здоровья пациента и результатах диагностических мероприятий
    C) только сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи и диагнозе гражданина
    D) только сведения о диагнозе

ОТВЕТ: A

76. Пациентом принято считать…
    A) физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния
    B) только то физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь
    C) только то физическое лицо, которое обратилось за оказанием медицинской помощи при наличии у него заболевания
    D) только то физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь в помещении медицинской организации

ОТВЕТ: A

77. Согласно федеральному законодательству, предварительные и периодические медицинские осмотры не обязаны проходить…
    A) все работники офисов, работающие за ПЭВМ не менее 50% рабочего

времени
B) работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными условиями производственными факторами
C) работники медицинских организаций
D) работы в организациях медицинской промышленности и аптечной сети, связанные с изготовлением, расфасовкой и реализацией лекарственных средств

ОТВЕТ: A

78. Каждый имеет право на охрану здоровья, под которым понимается…
A) состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма
B) исключительно физическое состояние человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма
C) состояние спокойствия, при котором отсутствуют заболевания
D) ощущение счастья от того, что не требуется обращаться к врачу

ОТВЕТ: A

79. Женщина вправе отказаться от проведения искусственного прерывания беременности…
A) в любом случае, если ее состояние позволяет выразить свою волю, или отсутствуют законные представители
B) только до 12 недель беременности, а потом лечащий врач принимает решение
C) за исключением случаев прерывания беременности по социальным показаниям
D) за исключением случаев прерывания беременности по результатам медико-генетической экспертизы

ОТВЕТ: A

80. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается…
A) безотлагательно и бесплатно для всех лиц независимо от наличия полиса обязательного медицинского страхования
B) оказывается бесплатно всем лицам только при наличии полиса обязательного медицинского страхования
C) платно только в отношении иностранцев
D) платно для иностранцев, не имеющих полиса обязательного медицинского страхования

ОТВЕТ: A

81. Формирование здорового образа жизни у граждан обеспечивается путем}
A) проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, мотивации для занятий физической культурой и спортом
B) разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление неинфекционных заболеваний
C) предупреждения и устранения отрицательного воздействия на здоровье факторов внешней среды
D) разработки программы иммунопрофилактики инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и

календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям
ОТВЕТ: A

82. Профилактика инфекционных заболеваний осуществляется путем…
    A) разработки программы иммунопрофилактики инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок
    B) побуждения к занятиям физической культурой и спортом
    C) разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление неинфекционных заболеваний
    D) льготного обеспечения определенных категорий граждан лекарственными препаратами
ОТВЕТ: A

83. В целях определения потребностей гражданина в мерах социальной защиты, включая реабилитацию на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма проводится…
    A) медико-социальная экспертиза
    B) экспертиза качества медицинской помощи
    C) экспертиза связи заболевания с профессией
    D) экспертиза временной нетрудоспособности
ОТВЕТ: A

84. В целях проверки соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья и выявления нарушений при оказании им медицинской помощи проводится…
    A) экспертиза качества медицинской помощи
    B) экспертиза связи заболевания с профессией
    C) медико-социальная экспертиза Д) экспертиза временной нетрудоспособности
ОТВЕТ: A

85. В целях охраны здоровья и жизни граждан и определения возможности выполнения ими отдельных видов работ по состоянию здоровья проводится…
    A) экспертиза профессиональной пригодности
    B) экспертиза связи заболевания с профессией
    C) медико-социальная экспертиза Д) экспертиза временной нетрудоспособности
ОТВЕТ: A

86. Судебно-медицинская экспертиза проводится…
    A) в рамках предварительного расследования или судебного разбирательства в целях определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека
    B) только в рамках судебного разбирательства в целях определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека
    C) вне зависимости от предварительного расследования и судебного разбирательства экспертами качества медицинской помощи в целях выявления нарушений при ее оказании
    D) в целях определения связи заболевания с профессией
ОТВЕТ: A

87. Пациент или его законный представитель не имеет права…
    A) просить врача об ускорении смерти какими-либо действиями и (или)

средствами
B) получать доступ к оригиналам медицинской документации и знакомиться с ней
C) заменить лечащего врача
D) ходатайствовать перед лечащим врачом о приглашении для консультации врачей-специалистов

ОТВЕТ: A

88. Обстоятельством, при наличии которого отцу ребенка запрещается присутствовать при его рождении, не является…
A) отсутствие отметки в паспорте о регистрации брака с матерью ребенка
B) родоразрешение путем кесарева сечения
C) отсутствие соответствующих условий (индивидуальных родовых залов) в медицинской организации
D) наличие у отца ребенка инфекционных заболеваний

ОТВЕТ: A

89. В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не предоставляется
A) медицинская помощь, оказываемая в рамках клинической апробации
B) первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная
C) специализированная медицинская помощь
D) скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная

ОТВЕТ: A

90. Органом, не обладающим функцией защиты прав пациентов, является…
A) Роструд
B) суд
C) Роспотребнадзор
D) Росздравнадзор

ОТВЕТ: A

91. Одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях
A) в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка
B) только до достижения ребенком четырех лет
C) только до достижения ребенком трех лет
D) только по медицинским показаниям в течение первых двух-трех суток тяжелого состояния

ОТВЕТ: A

92. За счет личных средств пациентов или их законных представителей не оплачивается создание условий пребывания, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одним из законных представителей в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи
A) до достижения ребенком четырех лет, а при наличии медицинских показания старше четырех лет
B) только до достижения ребенком трех лет
C) только до достижения ребенком двух лет

D) только до достижения ребенком одного года, а при наличии медицинских показания – до четырех лет

ОТВЕТ: A

93. За счет личных средств пациентов или их законных представителей не оплачивается…
    A) консультация по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений
    B) обеспечение сохранности донорских органов и тканей до их изъятия у донора
    C) медицинская помощь, оказываемая иностранным гражданам, не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию
    D) назначение и применение лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи

    ОТВЕТ: A

94. Обязательным условием, установленным федеральным законодательством для осуществления права на занятие народной медициной не является…
    A) наличие высшего медицинского образования у целителя
    B) занятие народной медициной на территории того субъекта РФ, исполнительным органом которого дано разрешение
    C) соблюдение общих требований к занятию народной медициной, установленных органом исполнительной власти субъекта РФ
    D) наличие разрешения органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья

    ОТВЕТ: A

95. Совершеннолетний дееспособный гражданин может выразить свое волеизъявление о согласии или несогласии на изъятие органов или тканей из своего тела после смерти для трансплантации…
    A) в устной в присутствии свидетелей или письменной форме, заверенной нотариально или руководителем медицинской организации
    B) только в письменной форме, заверенной нотариально
    C) в простой письменной форме, заверенной только личной подписью, без присутствия свидетелей
    D) исключительно в условиях видеофиксации

    ОТВЕТ: A

96. При использовании донорских половых клеток и эмбрионов гражданам без согласия донора не предоставляют информацию о…
    A) фамилии, имени и отчестве донора
    B) расе и национальности донора
    C) внешних данных донора
    D) результатах медицинского, медико-генетического обследования

    ОТВЕТ: A

97. Необязательным условием для того, чтобы женщина получила право стать суррогатной матерью является…
    A) состояние в зарегистрированном браке в момент заключения договора
    B) возраст от 20 до 35 лет
    C) наличие одного здорового собственного ребенка

D) наличие медицинского заключения об удовлетворительном состоянии здоровья

ОТВЕТ: A

98. Каждая женщина не имеет права на…

A) родоразрешение путем кесарева сечения исключительно по желанию вне зависимости от медицинских показаний
B) принятие решения о сохранении беременности в случае несогласия отца ребенка
C) обеспечение питанием в период беременности и лактации через специальные пункты питания по заключению врачей в соответствии с законодательством субъектов РФ
D) ведение беременности и родоразрешение в медицинских организациях частной системы здравоохранения

ОТВЕТ: A

99. Донорами половых клеток не имеют право быть граждане…

A) физически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование, в возрасте от восемнадцати до тридцати пяти лет
B) не имеющие привлекательную внешность
C) состоящие в браке
D) не состоящие в браке

ОТВЕТ: A

100. Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию не чаще чем…

A) один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина)
B) один раз в два года (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина)
C) один раз в три года (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина)
D) один раз в год (за исключением случаев оказания медицинской помощи в иностранном государстве)

ОТВЕТ: A

Тема 3 - Права и обязанности медицинских работников и медицинских организаций

1. К осуществлению медицинской деятельности не могут быть допущены лица, имеющие медицинское образование, но не работавшие по своей специальности более

E) пяти лет
F) четырех лет
G) шести лет
H) десяти лет

ОТВЕТ: A

2. Трудовой кодекс Российской Федерации устанавливает для медицинских работников сокращенную продолжительность рабочего времени не более _____ в неделю

A) 39 часов

B) 36 часов
C) 33 часа
D) 30 часов

ОТВЕТ: A

3. В соответствии со статьей 79 Федерального закона № 323-ФЗ медицинская организация обязана
   A) обеспечивать учет и хранение медицинской документации, в том числе бланков строгой отчетности
   B) выдавать полисы обязательного медицинского страхования
   C) создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах
   D) информировать представителей средств массовой информации о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий

   ОТВЕТ: A

4. При невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, с ликвидацией организации медицинские работники имеют право на _____ за счет средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством российской федерации
   A) профессиональную переподготовку
   B) совершенствование профессиональных знаний
   C) профессиональное повышение квалификации
   D) повышение профессионального уровня и расширение квалификации

   ОТВЕТ: A

5. В соответствии с Федеральным законом «об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские работники имеют право на создание
   A) профессиональных некоммерческих организаций
   B) коммерческих организаций любых организационно-правовых форм
   C) исключительно профессиональных коммерческих организаций
   D) любых юридических лиц, осуществляющих медицинскую деятельность

   ОТВЕТ: A

6. В соответствии с Федеральным законом «об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские работники имеют право
   A) страховать риск своей профессиональной ответственности
   B) страховать имущественные интересы, связанные с дожитием граждан до определенного возраста
   C) проводить профилактические мероприятия, направленные на предупреждение факторов риска развития заболеваний
   D) не давать информацию об уровне своего образования и квалификации для осуществления записи пациентов в сети «Интернет»

   ОТВЕТ: A

7. Правительство Российской Федерации, органы государственной власти субъектов российской федерации и органы местного самоуправления вправе устанавливать дополнительные гарантии и меры социальной поддержки медицинским работникам за счет…

A) бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов
B) бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и пожертвований от юридических лиц
C) бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов и переводов от частных коммерческих организаций
D) бюджетных ассигнований федерального бюджета, местных бюджетов, а также пожертвований от физических и юридических лиц

ОТВЕТ: A

8. В случае требования пациента о замене лечащего врача руководитель медицинской организации должен проинформировать пациента о врачах соответствующей специальности, работающих в подразделении, в течение _____ со дня получения заявления
A) трех рабочих дней
B) тридцати рабочих дней
C) двух рабочих дней
D) десяти рабочих дней

ОТВЕТ: A

9. При отказе одного из родителей или иного законного представителя лица, не достигшего 15-ти лет (больного наркоманией-16 лет) от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право обратиться в…
A) суд для защиты интересов несовершеннолетнего
B) орган опеки и попечительства
C) орган прокуратуры
D) министерство здравоохранения РФ

ОТВЕТ: A

10. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства содержится в…
A) медицинской документации гражданина
B) сейфе медицинской организации
C) архиве медицинской организации
D) страховой компании, где застрахован пациент

ОТВЕТ: A

11. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:
A) по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители
B) для устранения угрозы жизни человека в отношении лиц, больных ВИЧ – инфекцией
C) для устранения угрозы жизни человека в отношении лиц, признанных инвалидами 1-ой группы
D) для устранения угрозы жизни человека в отношении лиц, больных злокачественными новообразованиями

ОТВЕТ: A

12. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или

иного законного представителя допускается:

A) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих
B) для устранения угрозы жизни человека в отношении лиц, больных ВИЧ – инфекцией
C) для устранения угрозы жизни человека в отношении лиц, признанных инвалидами 1-ой группы
D) для устранения угрозы жизни человека в отношении лиц, больных злокачественными новообразованиями

ОТВЕТ: A

13. Лица, имеющие медицинское образование, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности в соответствии с полученной специальностью после

A) прохождения обучения по дополнительным профессиональным программам и прохождения аккредитации специалиста
B) предоставления диплома о получении специальности, сертификата специалиста и прохождения курсов повышения квалификации
C) прохождения профессиональных образовательных программ медицинского образования в соответствии с Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации»
D) прохождения курсов профессиональной переподготовки, сдачи экзаменов, защиты дипломной работы и получения диплома о профессиональной переподготовке

ОТВЕТ: A

14. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

A) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами
B) для устранения угрозы жизни человека в отношении лиц, больных ВИЧ – инфекцией
C) для устранения угрозы жизни человека в отношении лиц, признанных инвалидами 1-ой группы
D) для устранения угрозы жизни человека в отношении лиц, больных злокачественными новообразованиями

ОТВЕТ: A

15. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

A) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления)
B) для устранения угрозы жизни человека в отношении лиц, больных ВИЧ – инфекцией
C) для устранения угрозы жизни человека в отношении лиц, признанных инвалидами 1-ой группы
D) для устранения угрозы жизни человека в отношении лиц, больных злокачественными новообразованиями

ОТВЕТ: A

16. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

A) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-

психиатрической экспертизы
B) для устранения угрозы жизни человека в отношении лиц, больных ВИЧ – инфекцией
C) для устранения угрозы жизни человека в отношении лиц, признанных инвалидами 1-ой группы
D) для устранения угрозы жизни человека в отношении лиц, больных злокачественными новообразованиями

ОТВЕТ: A

17. Врачебную тайну обязаны соблюдать…
A) все лица, которым сведения, составляющие врачебную тайну, стали известны при исполнении профессиональных обязанностей
B) только медицинские работники, имеющие высшее медицинское образование и свидетельство об аккредитации специалиста
C) только медицинские и фармацевтические работники, имеющие высшее и среднее медицинское образование
D) только должностные лица медицинской организации, имеющие свидетельство об аккредитации специалиста

ОТВЕТ: A

18. Руководители медицинских организаций вправе:
A) принимать на работу сотрудников в соответствии с трудовым законодательством РФ
B) принимать от компании и представителя компании подарки
C) принимать от компании и представителя компании денежные средства, в том числе на оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха
D) участвовать в развлекательных мероприятиях, проводимых за счет средств компаний, представителей компаний

ОТВЕТ: A

19. Медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, обязаны:
A) проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения
B) обеспечивать проведение высокотехнологической медицинской помощи
C) проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения на коммерческой основе
D) проводить выдачу бесплатных медицинских изделий

ОТВЕТ: A

20. Медицинская организация имеет право:
A) вносить учредителю предложения по оптимизации оказания гражданам медицинской помощи
B) участвовать в формировании перечня оказываемых медицинских услуг в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
C) выдавать медицинские заключения и листки нетрудоспособности в рамках платных медицинских услуг
D) сдавать в аренду помещения для частных врачей, для расширения ассортимента медицинских услуг

ОТВЕТ: A

21. Медицинская организация имеет право:
    A) сдавать в аренду помещения для частных врачей, для расширения ассортимента медицинских услуг
    B) участвовать в формировании перечня оказываемых медицинских услуг в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
    C) выдавать медицинские заключения и листки нетрудоспособности в рамках платных медицинских услуг
    D) выдавать рецепты на лекарственные препараты, справки, медицинские заключения и листки нетрудоспособности

    ОТВЕТ: A

22. Медицинская организация имеет право:
    A) осуществлять научную и научно-исследовательскую деятельность
    B) проводить клинические испытания лекарственных средств не зарегистрированных в РФ
    C) проводить научные исследования по клонированию человека
    D) осуществлять торговлю донорскими органами

    ОТВЕТ: A

23. Медицинская организация имеет право:
    A) выдавать листки нетрудоспособности в порядке, установленном в соответствии с законодательством Российской Федерации
    B) проводить клинические испытания лекарственных средств не зарегистрированных в РФ
    C) проводить научные исследования по клонированию человека
    D) осуществлять торговлю донорскими органами

    ОТВЕТ: A

24. Медицинские работники имеют право на основные гарантии, предусмотренные _____ законодательством и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации
    A) трудовым
    B) гражданским
    C) административным
    D) международным

    ОТВЕТ: A

25. Медицинская организация имеет право:
    A) создавать медицинские информационные системы, содержащие данные о пациентах, об оказываемой им медицинской помощи, о медицинской деятельности медицинских организаций
    B) соблюдать конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах
    C) обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов;
    D) предоставлять пациентам достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях

    ОТВЕТ: A

26. Медицинская организация обязана:
    A) осуществлять страхование на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи в соответствии с федеральным законом
    B) проводить клинические испытания лекарственных средств не зарегистрированных в РФ
    C) проводить научные исследования по клонированию человека
    D) осуществлять торговлю донорскими органами

    ОТВЕТ: A

27. Медицинская организация обязана:
    A) проводить мероприятия по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний, внедрять безопасные методы сбора медицинских отходов и обеспечивать защиту от травмирования элементами медицинских изделий;
    B) сдавать в аренду помещения для частных врачей, для расширения ассортимента медицинских услуг
    C) осуществлять научную и научно-исследовательскую деятельность
    D) выдавать листки нетрудоспособности в порядке, установленном в соответствии с законодательством Российской Федерации

    ОТВЕТ: A

28. Обязанность обеспечивать проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска развития заболеваний и на раннее их выявление возлагается…
    A) только на медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
    B) на все медицинские организации в России
    C) только на негосударственные медицинские организации
    D) только на медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях

    ОТВЕТ: A

29. Обязанность предоставлять пациентам информацию о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи возлагается…
    A) только на медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
    B) на все медицинские организации в России
    C) только на негосударственные медицинские организации
    D) только на медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях

    ОТВЕТ: A

30. Обязанность проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения возлагается…
    A) только на медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

B) на все медицинские организации в России
C) только на негосударственные медицинские организации
D) только на медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях

ОТВЕТ: A

31. Обязанность обеспечивать оказание медицинской помощи гражданам в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи возлагается…
    A) только на медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
    B) на все медицинские организации в России
    C) только на негосударственные медицинские организации
    D) только на медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях

    ОТВЕТ: A

32. Обязанность вести медицинскую документацию в установленном порядке и представлять отчетность по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, возлагается…
    A) на все медицинские организации в России
    B) только на медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
    C) только на негосударственные медицинские организации
    D) только на медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях

    ОТВЕТ: A

33. Обязанность предоставлять возможность родственникам и иным членам семьи или законным представителям пациента посещать его в медицинской организации, в том числе в ее структурном подразделении, предназначенном для проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, возлагается…
    A) на все медицинские организации в России
    B) только на медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
    C) только на негосударственные медицинские организации
    D) только на медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях

    ОТВЕТ: A

34. Обязанность информировать граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи возлагается…
    A) на все медицинские организации в России
    B) только на медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

C) только на негосударственные медицинские организации
D) только на медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях

ОТВЕТ: A

35. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские работники имеют право на
A) создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей
B) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в их интересах может быть передана информация о состоянии здоровья
C) оказание медицинской помощи в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями
D) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям

ОТВЕТ: A

36. Медицинские и фармацевтические работники имеют право на создание на добровольной основе профессиональных некоммерческих организаций, которые могут формироваться в соответствии с критерием…
A) принадлежности к профессии (врачей, медицинских сестер (фельдшеров), провизоров, фармацевтов)
B) принадлежности к одной медицинской организации
C) принадлежности к одному субъекту Российской Федерации
D) принадлежности к определенному социальному слою

ОТВЕТ: A

37. Медицинские и фармацевтические работники имеют право на создание на добровольной основе профессиональных некоммерческих организаций, которые могут формироваться в соответствии с критерием…
A) принадлежности к медицинским работникам или фармацевтическим работникам
B) принадлежности к одной медицинской организации
C) принадлежности к одному субъекту Российской Федерации
D) принадлежности к определенному социальному слою

ОТВЕТ: A

38. В формировании аккредитационных комиссий и проведении аккредитации специалистов вправе принимать участие медицинские профессиональные некоммерческие организации, …
A) основанные на личном членстве врачей и объединяющие не менее 25 процентов от общей численности врачей на территории субъекта Российской Федерации
B) основанные на личном членстве врачей и объединяющие не менее 50 процентов от общей численности врачей на территории субъекта Российской Федерации
C) объединяющие не менее 70 процентов от общей численности врачей на территории субъекта Российской Федерации
D) объединяющие не менее 25 процентов от общей численности врачей на

территории субъекта Российской Федерации

ОТВЕТ: A

39. В разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи вправе принимать участие медицинские профессиональные некоммерческие организации, …
    A) основанные на личном членстве врачей и объединяющие не менее 25 процентов от общей численности врачей на территории субъекта Российской Федерации
    B) основанные на личном членстве врачей и объединяющие не менее 50 процентов от общей численности врачей на территории субъекта Российской Федерации
    C) объединяющие не менее 70 процентов от общей численности врачей на территории субъекта Российской Федерации
    D) объединяющие не менее 25 процентов от общей численности врачей на территории субъекта Российской Федерации

    ОТВЕТ: A

40. При проведении консультации пациента или его законного представителя медицинским работником с применением телемедицинских технологий не предусматривается
    A) установление им диагноза и назначение лечения
    B) сбор, анализ жалоб пациента и данных анамнеза
    C) медицинское наблюдение за состоянием здоровья пациента и оценка эффективности лечебно-диагностических мероприятий
    D) коррекция ранее назначенного лечения при условии установления им диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации)

    ОТВЕТ: A

41. Врачебная комиссия...
    A) создается в медицинской организации в целях принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников
    B) это совещание нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения
    C) это совещание нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления целесообразности направления пациента в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию
    D) созывается по инициативе лечащего врача в медицинской организации либо вне медицинской организации дистанционно и представляет собой совещание нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления состояния здоровья пациента и его диагноза

    ОТВЕТ: A

42. Консилиум врачей...
    A) это совещание нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированные отделения

медицинской организации или другую медицинскую организацию
B) создается в медицинской организации в целях принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников
C) создается в медицинской организации в целях осуществления оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов и обеспечения назначения и коррекции лечения
D) создается в медицинской организации в целях осуществления оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами, трансплантации (пересадки) органов и тканей человека, медицинской реабилитации

ОТВЕТ: A

43. К числу обязанностей лечащего врача в соответствии с Федеральным законом «об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» относится…
A) все перечисленные обязанности
B) организация своевременного квалифицированного обследования и лечения пациента
C) предоставление информации о состоянии здоровья пациента
D) приглашение для консультаций врачей-специалистов по требованию пациента или его законного представителя

ОТВЕТ: A

44. Отдельные функции лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи…
A) могут быть возложены на фельдшера, акушерку
B) могут быть возложены на другого немедицинского работника, являющегося внешним совместителем
C) могут быть возложены на лицо, обучающееся медицинской специальности
D) не могут быть возложены на иное лицо

ОТВЕТ: A

45. К числу обязанностей лечащего врача в соответствии с Федеральным законом «об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» относится…
A) все перечисленные обязанности
B) информирование пациента о возможности получения им соответствующих лекарственного препарата или медицинского изделия без взимания платы
C) предоставление информации о состоянии здоровья пациента
D) установление диагноза

ОТВЕТ: A

46. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские работники имеют право на
A) профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя
B) совершенствование профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным программам
C) назначение отпускаемых по рецептам лекарственных средств и препаратов и

выписывание их на рецептурных бланках
D) оказание медицинской помощи в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями

ОТВЕТ: A

47. Медицинская организация — это…
A) юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством РФ
B) коллектив медицинских работников, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с внутренним уставом организации
C) учреждения, предоставляющие медицинские услуги бесплатно для населения
D) физические и юридические лица, предоставляющие медицинские услуги на коммерческой основе

ОТВЕТ: A

48. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская организация имеет право:
A) оказывать платные медицинские услуги в соответствии с постановлением Правительства РФ
B) при необходимости осуществлять расширение ассортимента медицинских услуг без получения лицензии
C) оказывать платные медицинские услуги, при условии, что медицинская организация является коммерческой организацией
D) осуществлять научную и научно-исследовательскую деятельность в области клонирования человека

ОТВЕТ: A

49. При оказании платных медицинских услуг порядки оказания медицинской помощи …
A) должны соблюдаться
B) могут соблюдаться частично
C) могут выполняться по усмотрению главного врача
D) не должны соблюдаться

ОТВЕТ: A

50. Порядок и условия предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг устанавливаются…
A) Правительством Российской Федерации
B) Министерством здравоохранения РФ
C) Указом Президента РФ
D) руководителем медицинского учреждения

ОТВЕТ: A

51. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в порядке, установленном…
A) руководителем медицинской организации
B) общим собранием медицинского коллектива
C) врачебной комиссией

D) председателем профсоюза

ОТВЕТ: A

52. Независимая оценка качества условий оказания услуг медицинскими организациями осуществляется в целях…
    A) предоставления гражданам информации о качестве условий
    B) оказания услуг медицинскими организациями
    C) контроля качества медицинской деятельности
    D) контроля безопасности медицинской деятельности
    E) экспертизы и контроля качества медицинской помощи

ОТВЕТ: A

53. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская организация обязана предоставлять возможность _____ посещать пациента в медицинской организации, в том числе в ее структурном подразделении, предназначенном для проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий
    A) родственникам и иным членам семьи или законным представителям пациента
    B) близким родственникам и законным представителям пациента
    C) только родственникам пациента
    D) только законным представителям пациента

ОТВЕТ: A

54. Медицинские работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами
    A) медицинской этики и деонтологии
    B) соблюдения прав и свобод человека и гражданина
    C) законности и компетентности осуществления медицинской деятельности
    D) инициативности и добросовестности медицинского работника

ОТВЕТ: A

55. В соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ медицинские работники обязаны
    A) соблюдать врачебную тайну
    B) осуществлять научную и (или) научно-исследовательскую деятельность
    C) создавать локальные информационные системы
    D) обеспечивать учет и хранение медицинской документации

ОТВЕТ: A

56. В соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями медицинские работники обязаны
    A) оказывать медицинскую помощь
    B) осуществлять научную деятельность
    C) создавать профессиональные некоммерческие организации
    D) страховать риск своей профессиональной ответственности

ОТВЕТ: A

57. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские работники имеют право
    A) проходить аттестацию для получения квалификационной категории
    B) участвовать в развлекательных мероприятиях, проводимых за счет средств

компаний, представителей компаний
C) организовывать медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативно-правовыми актами Российской Федерации
D) скрывать от пациента сведения о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов, медицинских изделий

ОТВЕТ: A

58. Согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские работники обязаны
A) соблюдать врачебную тайну
B) создавать профессиональные некоммерческие организации
C) страховать риск своей профессиональной ответственности
D) проходить аттестацию для получения квалификационной категории

ОТВЕТ: A

59. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские работники обязаны
A) совершенствовать свои профессиональные знания и навыки
B) проходить профессиональную переподготовку при увольнении в связи с сокращением численности или штата
C) осуществлять страхование на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи
D) обеспечивать условия для проведения независимой оценки качества оказания услуг

ОТВЕТ: A

60. Согласно статье 73 Федерального закона № 323-ФЗ медицинские работники обязаны
A) назначать лекарственные препараты и выписывать их на рецептурных бланках
B) выписывать лекарственные препараты на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата
C) обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов
D) выписывать лекарственные препараты, медицинские изделия на бланках, содержащих информацию рекламного характера

ОТВЕТ: A

61. В соответствии со статьей 73 Федерального закона № 323-ФЗ медицинские работники обязаны
A) сообщать о побочных действиях, нежелательных реакциях лекарственных препаратов
B) проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения
C) создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах
D) обеспечивать оказание медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

ОТВЕТ: A

62. Медицинские работники обязаны сообщать информацию о побочных действиях, нежелательных реакциях, отсутствии эффективности лекарственных средств, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека
    A) уполномоченному должностному лицу медицинской организации
    B) уполномоченному должностному лицу федерального органа исполнительной власти
    C) уполномоченному должностному лицу соответствующего органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации
    D) уполномоченному должностному лицу территориального структурного подразделения федерального органа исполнительной власти

    ОТВЕТ: A

63. Согласно статье 74 Федерального закона № 323-ФЗ медицинские работники НЕ вправе
    A) принимать от компаний подарки, денежные средства на оплату развлечений и отдыха
    B) быть требовательным и строгим к своим ученикам, способствуя их профессиональному росту
    C) осуществлять медицинское вмешательство без согласия гражданина, страдающего тяжелыми психическими расстройствами
    D) посвящать свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья

    ОТВЕТ: A

64. В соответствии со статьей 74 Федерального закона № 323-ФЗ медицинские работники НЕ имеют права
    A) заключать с компанией, представителем компании соглашения о назначении или рекомендации пациентам лекарственных препаратов и медицинских изделий
    B) действовать в интересах пациента независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии
    C) выдавать листки нетрудоспособности в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством
    D) информировать органы внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий

    ОТВЕТ: A

65. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские работники НЕ вправе
    A) получать от компании, представителя компании образцы лекарственных препаратов, медицинских изделий для вручения пациентам
    B) сообщать обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия
    C) обращаться за помощью и советом к коллегам, если этого требуют интересы пациента
    D) предоставлять сведения, составляющие врачебную тайну по запросу

органов дознания, следствия, суда

ОТВЕТ: A

66. Согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские работники НЕ имеют права
    A) предоставлять при назначении курса лечения пациенту недостоверную и (или) неполную информацию об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях
    B) обращаться за помощью и советом к коллегам, если этого требуют интересы пациента
    C) осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи, и на основе стандартов медицинской помощи
    D) осуществлять медицинское вмешательство без согласия гражданина по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека, если его состояние не позволяет выразить свою волю

    ОТВЕТ: A

67. В соответствии со статьей 74 Федерального закона № 323-ФЗ медицинские работники организаций НЕ вправе
    A) осуществлять прием представителей компаний
    B) создавать профессиональные некоммерческие организации
    C) страховать риск своей профессиональной ответственности
    D) совершенствовать свое профессиональное мастерство

    ОТВЕТ: A

68. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские работники имеют право на
    A) дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации
    B) предоставление необходимых условий для отправления религиозных обрядов
    C) внесение учредителю предложения по оптимизации оказания медицинской помощи
    D) проведение фундаментальных и прикладных научных исследований

    ОТВЕТ: A

69. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские работники НЕ имеют права
    A) выписывать лекарственные препараты, медицинские изделия на бланках, содержащих информацию рекламного характера
    B) назначать лекарственные препараты и выписывать их на рецептурных бланках (за исключением лекарственных препаратов, отпускаемых без рецепта на лекарственный препарат)
    C) сообщать обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия
    D) оказывать медицинскую помощь в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи

    ОТВЕТ: A

70. Конфликт интересов – это ситуация, при которой у медицинского работника возникает личная заинтересованность в получении выгоды или иного

преимущества, которое влияет или может повлиять на надлежащее исполнение им профессиональных обязанностей вследствие противоречия между его личной заинтересованностью и интересами

A) пациента
B) медицинской организации
C) Министерством здравоохранения РФ
D) представителей фармацевтических компаний

ОТВЕТ: A

71. В случае возникновения конфликта интересов медицинский работник обязан проинформировать об этом в письменной форме руководителя

A) медицинской организации, в которой работает
B) уполномоченного федерального органа исполнительной власти
C) органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации
D) структурного подразделения федерального органа исполнительной власти

ОТВЕТ: A

72. Для урегулирования конфликта интересов уполномоченный Правительством РФ федеральный орган исполнительной власти образует _____ по урегулированию конфликта интересов

A) комиссию
B) кампанию
C) консилиум
D) рабочую группу

ОТВЕТ: A

73. В соответствии со статьей 74 Федерального закона № 323-ФЗ руководители медицинских организаций вправе:

A) принимать от компании и представителя компании вознаграждение, связанное с осуществлением медицинским работником научной деятельности
B) принимать от компании и представителя компании подарки
C) принимать от компании и представителя компании денежные средства, в том числе на оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха
D) участвовать в развлекательных мероприятиях, проводимых за счет средств компаний, представителей компаний

ОТВЕТ: A

74. Медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, обязаны:

A) предоставлять пациентам информацию о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий
B) обеспечивать проведение бесплатных телемедицинских консультаций
C) проводить выдачу бесплатных медицинских изделий
D) на коммерческой основе организовывать пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения

ОТВЕТ: A

75. Медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи,

обязаны:

A) обеспечивать проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска развития заболеваний и на раннее их выявление
B) обеспечивать проведение высокотехнологической медицинской помощи
C) проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения на коммерческой основе
D) проводить выдачу бесплатных медицинских изделий

ОТВЕТ: A

76. В соответствии со статьей 74 Федерального закона № 323-ФЗ руководители медицинских организаций вправе:

A) принимать от компании и представителя компании вознаграждение, связанное с осуществлением медицинским работником педагогической деятельности
B) принимать от компании и представителя компании подарки
C) принимать от компании и представителя компании денежные средства, в том числе на оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха
D) участвовать в развлекательных мероприятиях, проводимых за счет средств компаний, представителей компаний

ОТВЕТ: A

77. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская организация имеет право выдавать:

A) рецепты на лекарственные препараты
B) полисы медицинского страхования
C) заключения о качестве медицинских изделий
D) полисы страхования профессиональной ответственности медицинских работников

ОТВЕТ: A

78. В соответствии со статьей 78 Федерального закона № 323-ФЗ медицинская организация имеет право выдавать:

A) справки
B) полисы медицинского страхования
C) заключения о качестве медицинских изделий
D) полисы ОСАГО

ОТВЕТ: A

79. Медицинские работники имеют право на _____ в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности

A) стимулирование труда
B) получение заработной платы
C) получение дополнительного бесплатного отпуска
D) уменьшение рабочего времени

ОТВЕТ: A

80. Согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинская организация имеет право выдавать:

A) медицинские заключения
B) полисы медицинского страхования

C) заключения о качестве медицинских изделий
D) полисы ОСАГО

ОТВЕТ: А

81. В соответствии со статьей 78 Федерального закона № 323-ФЗ медицинская организация имеет право выдавать:
A) листки нетрудоспособности
B) полисы медицинского страхования
C) заключения о качестве медицинских изделий
D) полисы страхования профессиональной ответственности медицинских работников

ОТВЕТ: А

82. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская организация НЕ имеет право
A) участвовать в формировании перечня оказываемых медицинских услуг в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
B) участвовать в оказании гражданам Российской Федерации медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
C) вносить учредителю предложения по оптимизации оказания гражданам медицинской помощи
D) осуществлять научную и научно-исследовательскую деятельность

ОТВЕТ: А

83. В соответствии со статьей 78 Федерального закона № 323-ФЗ медицинская организация НЕ имеет право
A) выдавать медицинские заключения и листки нетрудоспособности на коммерческой основе
B) участвовать в оказании гражданам Российской Федерации медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
C) вносить учредителю предложения по оптимизации оказания гражданам медицинской помощи
D) осуществлять научную и научно-исследовательскую деятельность

ОТВЕТ: А

84. В соответствии со статьей 78 Федерального закона № 323-ФЗ медицинская организация имеет право
A) осуществлять научную и научно-исследовательскую деятельность
B) проводить клинические испытания не зарегистрированных на территории РФ лекарственных средств
C) проводить научные исследования по клонированию человека
D) осуществлять торговлю донорскими органами

ОТВЕТ: А

85. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская организация имеет право
A) создавать медицинские информационные системы, содержащие данные о пациентах
B) проводить клинические испытания не зарегистрированных на территории

РФ лекарственных средств
C) проводить научные исследования по клонированию человека
D) осуществлять торговлю донорскими органами

ОТВЕТ: A

86. Согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинская организация имеет право
A) создавать медицинские информационные системы, содержащие данные об оказываемой медицинской помощи
B) проводить клинические испытания не зарегистрированных на территории РФ лекарственных средств
C) проводить научные исследования по клонированию человека
D) осуществлять торговлю донорскими органами

ОТВЕТ: A

87. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская организация имеет право
A) выдавать медицинские заключения на бумажном носителе и в форме электронных документов
B) выдавать медицинские заключения только на бумажном носителе
C) проводить научные исследования по клонированию человека
D) осуществлять торговлю донорскими органами

ОТВЕТ: A

88. В соответствии со статьей 78 Федерального закона № 323-ФЗ медицинская организация имеет право
A) выдавать рецепты на лекарственные препараты на бумажном носителе и в форме электронных документов
B) выдавать рецепты на лекарственные препараты только на бумажном носителе
C) проводить научные исследования по клонированию человека
D) осуществлять торговлю донорскими органами

ОТВЕТ: A

89. В соответствии со статьей 79 Федерального закона № 323-ФЗ медицинская организация обязана
A) оказывать гражданам медицинскую помощь в экстренной форме
B) осуществлять научную и научно-исследовательскую деятельность
C) создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах
D) вносить учредителю предложения по оптимизации оказания гражданам медицинской помощи

ОТВЕТ: A

90. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские работники имеют право на создание
A) профессиональных некоммерческих организаций
B) коммерческих организаций любых организационно-правовых форм
C) исключительно профессиональных коммерческих организаций
D) любых юридических лиц, осуществляющих медицинскую деятельность

ОТВЕТ: A

91. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская организация обязана
    A) организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи, и на основе стандартов медицинской помощи
    B) проводить фундаментальные и прикладные научные исследования
    C) создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах
    D) вносить учредителю предложения по оптимизации оказания гражданам медицинской помощи

    ОТВЕТ: A

92. Медицинская организация обязана:
    A) информировать граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
    B) создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах
    C) вносить учредителю предложения по оптимизации оказания гражданам медицинской помощи
    D) проводить фундаментальные и прикладные научные исследования

    ОТВЕТ: A

93. В соответствии со статьей 79 Федерального закона № 323-ФЗ медицинская организация обязана
    A) соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах
    B) создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах
    C) вносить учредителю предложения по оптимизации оказания гражданам медицинской помощи
    D) проводить фундаментальные научные исследования

    ОТВЕТ: A

94. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская организация обязана
    A) обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств
    B) проводить прикладные научные исследования
    C) создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах
    D) вносить учредителю предложения по оптимизации оказания гражданам медицинской помощи

    ОТВЕТ: A

95. В соответствии со статьей 79 Федерального закона № 323-ФЗ медицинская

организация обязана

A) предоставлять пациентам достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях
B) создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах
C) вносить учредителю предложения по оптимизации оказания гражданам медицинской помощи
D) проводить фундаментальные научные исследования

ОТВЕТ: A

96. Медицинская организация обязана:

A) информировать граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети «Интернет», об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках медицинских организаций, об уровне их образования и об их квалификации
B) создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах
C) вносить учредителю предложения по оптимизации оказания гражданам медицинской помощи
D) проводить фундаментальные и прикладные научные исследования

ОТВЕТ: A

97. В соответствии со статьей 79 Федерального закона № 323-ФЗ медицинская организация обязана

A) обеспечивать профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации
B) оплачивать получение второго высшего образования медицинскими работниками в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации
C) информировать представителей средств массовой информации о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий
D) сообщать информацию о любых пациентах по просьбе сотрудника ОВД или Следственного комитета

ОТВЕТ: A

98. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская организация обязана

A) информировать органы внутренних дел в порядке, установленном уполномоченными федеральными органами исполнительной власти, о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий
B) сообщать информацию о любых пациентах по просьбе сотрудника ОВД или Следственного комитета
C) информировать представителей средств массовой информации о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий

D) создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах

ОТВЕТ: A

99. В соответствии со статьей 79 Федерального закона № 323-ФЗ медицинская организация обязана
A) осуществлять страхование на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи
B) выдавать полисы обязательного медицинского страхования
C) осуществлять страхование профессиональной ответственности медицинских работников
D) создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах

ОТВЕТ: A

100. Медицинская организация обязана:
A) вести медицинскую документацию в установленном порядке и представлять отчетность по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти
B) выдавать полисы обязательного медицинского страхования
C) создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах
D) информировать представителей средств массовой информации о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий

ОТВЕТ: A

Тема 4 - Административная ответственность медицинских работников и медицинских организаций

1. Законодательство России об административных правонарушениях состоит из…
E) Кодекса об административных правонарушениях РФ и принимаемых в соответствии с ним законов субъектов Российской Федерации об административных правонарушениях
F) Кодекса об административных правонарушениях РФ
G) Кодекса об административных правонарушениях РФ и локальных нормативных актов уполномоченных государственных органов
H) Кодекса об административных правонарушениях РФ и нормативных договоров РФ

ОТВЕТ: A

2. Основанием наступления административной ответственности в соответствии со статьей 2.1 КоАП РФ является…
A) совершение административного правонарушения, характеризующегося всеми необходимыми юридическими признаками (противоправность, виновность, наказуемость) и включающего в состав все предусмотренные нормой права элементы (объект, объективная сторона, субъект, субъективная сторона)
B) совершение административного правонарушения, характеризующегося всеми необходимыми юридическими признаками

C) совершение административного правонарушения, включающего в состав все предусмотренные нормой права элементы (объект, объективная сторона, субъект, субъективная сторона)
D) совершение противоправного общественно опасного деяния

ОТВЕТ: A

3. Административный штраф должен быть уплачен в полном размере лицом, привлеченным к административной ответственности, не позднее…
   A) шестидесяти дней со дня вступления постановления о наложении административного штрафа в законную силу
   B) тридцати дней со дня вступления постановления о наложении административного штрафа в законную силу
   C) сорока пяти дней со дня вступления постановления о наложении административного штрафа в законную силу
   D) десяти дней со дня вступления постановления о наложении административного штрафа в законную силу

   ОТВЕТ: A

4. Лицо, в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении, считается невиновным, пока его вина не будет доказана в порядке, предусмотренном …
   A) КоАП РФ
   B) КоАП РФ и законодательством субъектов РФ
   C) Конституцией РФ
   D) КоАП РФ и международными договорами

   ОТВЕТ: A

5. Лицо, в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении, считается невиновным, пока его вина не будет установлена…
   A) вступившим в законную силу постановлением судьи, органа, должностного лица, рассмотревших дело
   B) надлежащим образом оформленным протоколом об административном правонарушении
   C) потерпевшим по делу об административном правонарушении
   D) вступившим в законную силу признанием субъекта административного правонарушения

   ОТВЕТ: A

6. Привлечение юридических лиц к административной ответственности…
   A) происходит независимо от их места нахождения и организационно-правовых форм
   B) находится в зависимости от их места нахождения и организационно-правовых форм
   C) происходит в зависимости от особенностей, определяемых законодательством субъектов РФ по месту их нахождения
   D) происходит в зависимости от особенностей, определяемых законодательством об организационно-правовых формах юридических лиц

   ОТВЕТ: A

7. Назначение административного наказания юридическому лицу…
   A) не освобождает от административной ответственности за данное правонарушение виновное физическое лицо

B) освобождает от административной ответственности за данное правонарушение виновное физическое лицо
C) освобождает от административной ответственности за данное правонарушение виновное физическое лицо, если иное не предусмотрено КоАП РФ
D) не освобождает от административной ответственности за данное правонарушение виновное физическое лицо, если иное не предусмотрено КоАП РФ

ОТВЕТ: A

8. Особые условия применения мер обеспечения производства по делу об административном правонарушении и привлечения к административной ответственности должностных лиц, выполняющих определенные государственные функции (депутатов, судей, прокуроров, сотрудников Следственного комитета Российской Федерации и иных лиц), устанавливаются…
   A) Конституцией РФ и федеральными законами
   B) КоАП РФ и федеральными законами
   C) федеральными законами и законами субъектов РФ
   D) Конституцией РФ и международными договорами РФ

   ОТВЕТ: A

9. Особые условия применения мер административной ответственности в отношении некоммерческих организаций устанавливаются…
   A) КоАП РФ
   B) федеральными законами и законами субъектов РФ
   C) Конституцией РФ и федеральными законами
   D) Конституцией РФ и международными договорами РФ

   ОТВЕТ: A

10. Закон, смягчающий или отменяющий административную ответственность за административное правонарушение либо иным образом улучшающий положение лица, совершившего административное правонарушение, …
    A) имеет обратную силу
    B) не имеет обратной силы
    C) имеет обратную силу, если это прямо предусмотрено положениями такого закона
    D) не имеет обратной силы, если это прямо предусмотрено положениями такого закона

    ОТВЕТ: A

11. Закон, устанавливающий или отягчающий административную ответственность за административное правонарушение либо иным образом ухудшающий положение лица, ...
    A) не имеет обратной силы
    B) имеет обратную силу
    C) имеет обратную силу, если это прямо предусмотрено положениями такого закона
    D) не имеет обратной силы, если это прямо предусмотрено положениями такого закона

    ОТВЕТ: A

12. Лицо, совершившее административное правонарушение, подлежит

ответственности на основании закона, действовавшего…

A) во время совершения административного правонарушения
B) во время наступления общественно опасных последствий административного правонарушения
C) во время принятия решения о привлечении субъекта к административной ответственности
D) во время составления протокола об административном правонарушении

ОТВЕТ: A

13. Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные законодательством об административных правонарушениях, то применяются правила…

A) международного договора
B) КоАП РФ
C) КоАП РФ и законодательства субъектов РФ
D) Конституции РФ

ОТВЕТ: A

14. Производство по делу об административном правонарушении осуществляется на основании закона, действующего…

A) во время производства по указанному делу
B) во время совершения административного правонарушения
C) во время наступления общественно опасных последствий административного правонарушения
D) во время принятия решения о привлечении субъекта к административной ответственности

ОТВЕТ: A

15. Привлечение к административной или уголовной ответственности физического лица…

A) не освобождает от административной ответственности за данное правонарушение юридическое лицо
B) освобождает от административной ответственности за данное правонарушение юридическое лицо
C) не освобождает от административной ответственности за данное правонарушение юридическое лицо, если иное не предусмотрено КоАП РФ
D) освобождает от административной ответственности за данное правонарушение юридическое лицо, если иное не предусмотрено КоАП РФ

ОТВЕТ: A

16. Административной ответственности подлежит физическое лицо, достигшее к моменту совершения административного правонарушения возраста…

A) 16 лет
B) 18 лет
C) 14 лет
D) 12 лет

ОТВЕТ: A

17. Лицо, совершившее административное правонарушение на территории Российской Федерации, подлежит административной ответственности в соответствии с КоАП РФ или законом субъекта РФ об административных правонарушениях, за исключением случаев, предусмотренных…

A) международным договором РФ
B) КоАП РФ или законом субъекта РФ об административных правонарушениях
C) КоАП РФ
D) Конституцией РФ

ОТВЕТ: A

18. Лицо, совершившее административное правонарушение за пределами Российской Федерации, подлежит административной ответственности в соответствии с КоАП РФ в случаях, предусмотренных…
A) международным договором РФ или КоАП РФ
B) КоАП РФ
C) Конституцией РФ
D) КоАП РФ или законом субъекта РФ об административных правонарушениях

ОТВЕТ: A

19. Должностное лицо подлежит административной ответственности в случае…
A) совершения им административного правонарушения в связи с неисполнением либо ненадлежащим исполнением своих служебных обязанностей
B) неисполнения либо ненадлежащего исполнения своих служебных обязанностей
C) совершения им административного правонарушения
D) совершения им административного правонарушения против интересов государственного управления

ОТВЕТ: A

20. Лицо, привлекаемое к административной ответственности, не обязано доказывать свою невиновность, за исключением случаев, предусмотренных…
A) главой 12 КоАП РФ «Административные правонарушения в области дорожного движения» в случае фиксации этих административных правонарушений работающими в автоматическом режиме специальными техническими средствами, имеющими функции фото- и киносъемки, видеозаписи, или средствами фото- и киносъемки, видеозаписи
B) главой 6 КоАП РФ «Административные правонарушения, посягающие на здоровье, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и общественную нравственность»
C) главой 11 КоАП РФ «Административные правонарушения на транспорте» в случае фиксации этих административных правонарушений работающими в автоматическом режиме специальными техническими средствами, имеющими функции фото- и киносъемки, видеозаписи, или средствами фото- и киносъемки, видеозаписи
D) главой 19 КоАП РФ «Административные правонарушения против порядка управления»

ОТВЕТ: A

21. Причинение лицом вреда охраняемым законом интересам в состоянии крайней необходимости, то есть для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности и правам данного лица или других лиц, а также охраняемым законом интересам общества или государства, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами и если причиненный вред является менее значительным, чем

предотвращенный вред…

A) не является административным правонарушением
B) является административным правонарушением
C) не является административным правонарушением, если данное деяние совершено по неосторожности
D) не является административным правонарушением, если был причинен только имущественный вред

ОТВЕТ: A

22. За административные правонарушения, за исключением административных правонарушений, предусмотренных частью 2 статьи 2.5 КоАП РФ, военнослужащие и граждане, призванные на военные сборы, несут…

A) дисциплинарную ответственность
B) уголовную ответственность
C) административную ответственность
D) гражданско-правовую ответственность

ОТВЕТ: A

23. Действие или бездействие, хотя формально и содержащее признаки состава административного правонарушения, но с учетом характера совершенного правонарушения и роли правонарушителя, размера вреда и тяжести наступивших последствий не представляющее существенного нарушения охраняемых общественных правоотношений, является…

A) малозначительным административным правонарушением
B) административным правонарушением
C) дисциплинарным проступком
D) деликтом

ОТВЕТ: A

24. К ведению Российской Федерации в области законодательства об административных правонарушениях не относится:

A) организация производства по делам об административных правонарушениях, предусмотренных законами субъектов Российской Федерации
B) установление административной ответственности по вопросам, имеющим федеральное значение, в том числе административной ответственности за нарушение правил и норм, предусмотренных федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации
C) установление порядка производства по делам об административных правонарушениях, в том числе установление мер обеспечения производства по делам об административных правонарушениях
D) установление порядка исполнения постановлений о назначении административных наказаний

ОТВЕТ: A

25. Юридическое лицо признается виновным в совершении административного правонарушения, если будет установлено, что…

A) у него имелась возможность для соблюдения правил и норм, за нарушение которых КоАП РФ или законами субъекта РФ предусмотрена административная ответственность, но данным лицом не были приняты все зависящие от него меры по их соблюдению
B) оно сознавало противоправный характер своего действия (бездействия),

предвидело его вредные последствия и желало наступления таких последствий или сознательно их допускало либо относилось к ним безразлично

C) оно предвидело возможность наступления вредных последствий своего действия (бездействия), но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение таких последствий либо не предвидело возможности наступления таких последствий, хотя должно было и могло их предвидеть

D) у него имелась возможность для соблюдения правил и норм, за нарушение которых КоАП РФ или законами субъекта РФ предусмотрена административная ответственность, но оно желало наступления вредных последствий или сознательно их допускало либо относилось к ним безразлично

ОТВЕТ: A

26. Должностным лицом в соответствии с КоАП РФ является…

A) лицо, выполняющее организационно-распорядительные или административно-хозяйственные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных организациях, или лицо, постоянно, временно или в соответствии со специальными полномочиями осуществляющее функции представителя власти

B) лицо, выполняющее должностные обязанности в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных организациях

C) лицо, постоянно, временно или в соответствии со специальными полномочиями осуществляющее предпринимательскую деятельность

D) лицо, постоянно, временно или в соответствии со специальными полномочиями осуществляющее функции представителя власти

ОТВЕТ: A

27. Лица, осуществляющие предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, совершившие административные правонарушения, несут административную ответственность как…

A) должностные лица, если КоАП РФ не установлено иное

B) юридические лица, если КоАП РФ не установлено иное

C) физические лица, если КоАП РФ не установлено иное

D) как должностные или юридические лица, в зависимости от положений соответствующей статьи Особенной части КоАП РФ

ОТВЕТ: A

28. Иностранные граждане и иностранные юридические лица, совершившие на территории Российской Федерации административные правонарушения, …

A) подлежат административной ответственности на общих основаниях

B) подлежат административной ответственности по законам государства, гражданами которого они являются

C) не подлежат административной ответственности

D) подлежат административной ответственности в соответствии с положениями международных договоров РФ

ОТВЕТ: A

29. Административное наказание применяется в целях…

A) предупреждения совершения новых правонарушений как самим правонарушителем, так и другими лицами
B) унижения человеческого достоинства физического лица, совершившего административное правонарушение
C) причинения физических страданий лицу, совершившему административное правонарушение
D) нанесения вреда деловой репутации юридического лица

ОТВЕТ: A

30. К видам административного наказания относится…
A) предупреждение
B) возмещение морального вреда
C) лишение свободы
D) конфискация имущества

ОТВЕТ: A

31. К видам административного наказания относится…
A) дисквалификация
B) лишение свободы
C) конфискация имущества
D) исправительные работы

ОТВЕТ: A

32. К видам административного наказания относится…
A) обязательные работы
B) исправительные работы
C) конфискация имущества
D) возмещение морального вреда

ОТВЕТ: A

33. К видам административного наказания не относится…
A) исправительные работы
B) обязательные работы
C) конфискация орудия совершения административного правонарушения
D) предупреждение

ОТВЕТ: A

34. К видам административного наказания не относится…
A) конфискация имущества
B) обязательные работы
C) дисквалификация
D) предупреждение

ОТВЕТ: A

35. К ведению субъектов Российской Федерации в области законодательства об административных правонарушениях не относится:
A) установление административной ответственности по вопросам, имеющим федеральное значение, в том числе административной ответственности за нарушение правил и норм, предусмотренных федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации
B) организация производства по делам об административных правонарушениях, предусмотренных законами субъектов Российской

Федерации
C) создание комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав
D) создание административных комиссий, иных коллегиальных органов в целях привлечения к административной ответственности, предусмотренной законами субъектов Российской Федерации

ОТВЕТ: A

36. При назначении административного наказания юридическому лицу не учитывается…
A) имущественное и финансовое положение работников юридического лица
B) имущественное и финансовое положение юридического лица
C) характер совершенного им административного правонарушения
D) обстоятельства, смягчающие и отягчающие административную ответственность

ОТВЕТ: A

37. Мера административного наказания, выраженная в официальном порицании физического или юридического лица, называется…
A) предупреждение
B) компенсация морального вреда
C) предостережение
D) замечание

ОТВЕТ: A

38. Мера административного наказания, выраженная в выполнении физическим лицом, совершившим административное правонарушение, в свободное от основной работы, службы или учебы время бесплатных общественно полезных работ, называется…
A) обязательные работы
B) принудительные работы
C) исправительные работы
D) принудительный труд

ОТВЕТ: A

39. Мера административного наказания, выраженная в лишении физического лица права осуществлять медицинскую деятельность или фармацевтическую деятельность, называется…
A) дисквалификация
B) административное приостановление деятельности
C) предупреждение
D) лишение специального права

ОТВЕТ: A

40. Конфискацией орудия совершения или предмета административного правонарушения является…
A) принудительное безвозмездное обращение в федеральную собственность или в собственность субъекта Российской Федерации не изъятых из оборота вещей
B) принудительное безвозмездное обращение в федеральную собственность не изъятых из оборота вещей
C) принудительное возмездное обращение в федеральную собственность или в собственность субъекта Российской Федерации не изъятых из оборота

вещей
D) принудительное безвозмездное обращение в собственность субъекта Российской Федерации не изъятых из оборота вещей

ОТВЕТ: A

41. Административное приостановление деятельности юридического лица назначается
A) только в случаях, предусмотренных статьями Особенной части КоАП РФ, если менее строгий вид административного наказания не сможет обеспечить достижение цели административного наказания
B) в случаях, предусмотренных статьями Особенной части КоАП РФ
C) в случаях, если менее строгий вид административного наказания не сможет обеспечить достижение цели административного наказания, даже если данный вид наказания не установлен статьей Особенной части КоАП РФ
D) только в случаях, предусмотренных статьями Особенной части КоАП РФ в отношении организаций, деятельность которых связана с охраной здоровья и обеспечением санитарно-эпидемиологического благополучия населения

ОТВЕТ: A

42. Обстоятельством, отягчающим административную ответственность, не признается:
A) добровольное прекращение противоправного поведения
B) продолжение противоправного поведения, несмотря на требование уполномоченных на то лиц прекратить его
C) повторное совершение однородного административного правонарушения, то есть совершение административного правонарушения в период, когда лицо считается подвергнутым административному наказанию за совершение однородного административного правонарушения
D) совершение административного правонарушения группой лиц

ОТВЕТ: A

43. Обстоятельством, отягчающим административную ответственность, не признается:
A) совершение административного правонарушения несовершеннолетним
B) совершение административного правонарушения группой лиц
C) повторное совершение однородного административного правонарушения, то есть совершение административного правонарушения в период, когда лицо считается подвергнутым административному наказанию за совершение однородного административного правонарушения
D) совершение административного правонарушения в условиях стихийного бедствия или при других чрезвычайных обстоятельствах

ОТВЕТ: A

44. Обстоятельством, смягчающим административную ответственность, не признается:
A) совершение административного правонарушения в условиях стихийного бедствия или при других чрезвычайных обстоятельствах
B) предотвращение лицом, совершившим административное правонарушение, вредных последствий административного правонарушения
C) добровольное возмещение лицом, совершившим административное правонарушение, причиненного ущерба или добровольное устранение причиненного вреда
D) совершение административного правонарушения при стечении тяжелых личных или семейных обстоятельств

ОТВЕТ: A

45. Судья, орган, должностное лицо, рассматривающие дело об административном правонарушении, могут признать смягчающими…
    A) обстоятельства, не указанные в КоАП РФ или в законах субъектов РФ об административных правонарушениях
    B) только те обстоятельства, которые указаны в КоАП РФ или в законах субъектов РФ об административных правонарушениях
    C) только те обстоятельства, которые указаны в КоАП РФ
    D) обстоятельства, не указанные в КоАП РФ, но определенные иным законодательством РФ

    ОТВЕТ: A

46. К числу задач законодательства об административных правонарушениях относится…
    A) все перечисленные задачи
    B) охрана здоровья граждан
    C) охрана санитарно-эпидемиологического благополучия населения
    D) защита общественной нравственности

    ОТВЕТ: A

47. Дисквалификация заключается в лишении физического лица права…
    A) замещать должности федеральной государственной гражданской службы, муниципальной службы
    B) осуществлять трудовую деятельность в коммерческих организациях
    C) осуществлять трудовую деятельность у работодателя – юридического лица
    D) осуществлять творческую или научную деятельность

    ОТВЕТ: A

48. Совокупность общественных отношений, на которые направлены противоправные действия (бездействие), является _____ административного правонарушения
    A) объектом
    B) субъектом
    C) объективной стороной
    D) субъективной стороной

    ОТВЕТ: A

49. Назначение административного наказания _____ лицо от исполнения обязанностей, за неисполнение которых было назначено данное наказание
    A) не освобождает
    B) временно отстраняет
    C) ограничивает
    D) дисквалифицирует

    ОТВЕТ: A

50. К числу наказаний, которые могут быть установлены законами субъектов РФ об административной ответственности, относится…
    A) административный штраф
    B) конфискация орудия совершения или предмета административного правонарушения
    C) лишение специального права, предоставленного физическому лицу
    D) административный арест

    ОТВЕТ: A

51. К числу наказаний, которые могут быть установлены законами субъектов РФ об административной ответственности, относится…
    A) предупреждение
    B) конфискация орудия совершения или предмета административного правонарушения
    C) дисквалификация
    D) обязательные работы

    ОТВЕТ: A

52. В отношении юридического лица не применяется административное наказание в виде…
    A) дисквалификации
    B) административного штрафа
    C) предупреждение
    D) административного приостановления деятельности

    ОТВЕТ: A

53. Конфискация охотничьего оружия, боевых припасов и других дозволенных орудий охоты или рыболовства не может применяться к…
    A) лицам, для которых охота или рыболовство является основным законным источником средств к существованию
    B) предпринимателям
    C) физическим лицам
    D) лицам, для которых охота или рыболовство является профессиональной деятельностью

    ОТВЕТ: A

54. При малозначительности совершенного административного правонарушения судья, орган, должностное лицо, уполномоченные решать дело об административном правонарушении, могут…
    A) освободить лицо, совершившее административное правонарушение, от административной ответственности и ограничиться устным замечанием
    B) применить к лицу, совершившему административное правонарушение, наказание в виде предупреждения, даже если оно не предусмотрено статьей Особенной части КоАП РФ
    C) применить к лицу, совершившему административное правонарушение, наказание в виде административного штрафа в размере меньше минимального предела, определенного статьей Особенной части КоАП РФ
    D) применить к лицу, совершившему административное правонарушение, наказание в виде административного приостановления деятельности в размере меньше минимального срока, определенного статьей Особенной части КоАП РФ

    ОТВЕТ: A

55. За одно административное правонарушение может быть назначено…
    A) основное либо основное и дополнительное административное наказание из наказаний, указанных в санкции применяемой статьи Особенной части КоАП РФ или закона субъекта РФ об административной ответственности
    B) только одно основное административное наказание из наказаний, указанных в санкции применяемой статьи Особенной части КоАП РФ или закона субъекта РФ об административной ответственности
    C) одно основное или одно дополнительное административное наказание из

наказаний, указанных в санкции применяемой статьи Особенной части КоАП РФ или закона субъекта РФ об административной ответственности

D) одно из наказаний, указанных в санкции применяемой статьи Особенной части КоАП РФ или закона субъекта РФ об административной ответственности

ОТВЕТ: A

56. При совершении лицом двух и более административных правонарушений административное наказание назначается…
    A) за каждое совершенное административное правонарушение
    B) только за более тяжкое административное правонарушение
    C) только за менее тяжкое административное правонарушение, если правонарушения совершены лицом впервые
    D) за каждое совершенное административное правонарушение, если они совершены одновременно

    ОТВЕТ: A

57. К ведению субъектов Российской Федерации в области законодательства об административных правонарушениях не относится:
    A) установление перечня видов административных наказаний и правил их применения
    B) создание комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав
    C) создание административных комиссий, иных коллегиальных органов в целях привлечения к административной ответственности, предусмотренной законами субъектов Российской Федерации
    D) определение перечня должностных лиц, уполномоченных составлять протоколы об административных правонарушениях, предусмотренных законами субъектов Российской Федерации

    ОТВЕТ: A

58. Лицо, которому назначено административное наказание за совершение административного правонарушения, считается подвергнутым данному наказанию…
    A) со дня вступления в законную силу постановления о назначении административного наказания до истечения одного года со дня окончания исполнения данного постановления
    B) со дня совершения административного правонарушения до истечения одного года со дня окончания исполнения постановления о назначении административного наказания
    C) со дня вступления в законную силу постановления о назначении административного наказания до истечения трех лет со дня окончания исполнения данного постановления
    D) со дня совершения административного правонарушения до истечения одного года со дня его совершения

    ОТВЕТ: A

59. В соответствии с частью 1 статьи 6.3 КоАП РФ «Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения», обязательным условием привлечения лица к административной ответственности является…
    A) нарушение действующих санитарных правил и гигиенических нормативов или невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических

мероприятий
B) причинение вреда окружающей среде
C) наличие потерпевшего, которому причинен вред нарушением действующих санитарных правил и гигиенических нормативов или невыполнением санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий
D) нарушение должностным лицом действующих санитарных правил и гигиенических нормативов или невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий

ОТВЕТ: A

60. В соответствии с частью 1 статьи 6.3 КоАП РФ «Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения», к административной ответственности могут быть привлечены…
A) физические лица, должностные лица, юридические лица и индивидуальные предприниматели
B) только физические лица
C) только должностные лица
D) физические лица и должностные лица

ОТВЕТ: A

61. В соответствии со статьей 6.4 КоАП РФ «Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к эксплуатации жилых помещений и общественных помещений, зданий, сооружений и транспорта», к административной ответственности могут быть привлечены…
A) физические лица, должностные лица, юридические лица и индивидуальные предприниматели
B) только физические лица
C) только должностные лица
D) физические лица и должностные лица

ОТВЕТ: A

62. Лицо, добровольно обратившееся в медицинскую организацию для лечения в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, освобождается от административной ответственности за правонарушение, предусмотренное…
A) статьей 6.9 КоАП РФ «Потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ»
B) статьей 6.8 КоАП РФ «Незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов и незаконные приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества»
C) статьей 6.10 КоАП РФ «Вовлечение несовершеннолетнего в употребление алкогольной и спиртосодержащей продукции, новых потенциально опасных психоактивных веществ или одурманивающих веществ»
D) статьей 6.13 КоАП РФ «Пропаганда наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров, растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, и их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, новых потенциально опасных психоактивных веществ»

ОТВЕТ: A

63. Распространение в специализированных изданиях, рассчитанных на медицинских и фармацевтических работников, сведений о разрешенных к применению в медицинских целях наркотических средствах, психотропных веществах и их прекурсорах…
    A) не является административным правонарушением
    B) является административным правонарушением, предусмотренным статьей 6.13 КоАП РФ «Пропаганда наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров, растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, и их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, новых потенциально опасных психоактивных веществ»
    C) является административным правонарушением, если иное не предусмотрено КоАП РФ
    D) не является административным правонарушением, если данное деяние совершено впервые

    ОТВЕТ: A

64. В соответствии со статьей 6.15 КоАП РФ «Нарушение правил оборота инструментов или оборудования, используемых для изготовления наркотических средств или психотропных веществ», к административной ответственности могут быть привлечены…
    A) только юридические лица
    B) физические лица, должностные лица, юридические лица и индивидуальные предприниматели
    C) только физические лица
    D) только должностные лица

    ОТВЕТ: A

65. Невыполнение обязанностей о представлении информации о конфликте интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности…
    A) является административным правонарушением
    B) не является административным правонарушением
    C) является дисциплинарным правонарушением, если иное не предусмотрено КоАП РФ
    D) не является административным правонарушением, если данное деяние совершено впервые

    ОТВЕТ: A

66. В соответствии со статьей 6.30 КоАП РФ, медицинские организации могут быть привлечены к административной ответственности за невыполнение обязанности…
    A) об информировании граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
    B) об информировании граждан о возможности получения бесплатных лекарственных препаратов и медицинских изделий
    C) предоставления гражданам экстренной медицинской помощи
    D) получения информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство

ОТВЕТ: A

67. В соответствии со статьей 6.31 КоАП РФ «Нарушение законодательства о донорстве крови и ее компонентов», к административной ответственности могут быть привлечены…
    A) должностные лица и юридические лица
    B) физические лица, должностные лица, юридические лица и индивидуальные предприниматели
    C) только физические лица
    D) физические лица и должностные лица

    ОТВЕТ: A

68. КоАП РФ определяет подведомственность дел об административных правонарушениях, предусмотренных настоящим Кодексом, федеральным органам исполнительной власти…
    A) в соответствии с установленной структурой федеральных органов исполнительной власти
    B) в соответствии с законодательством о судебной системе
    C) в соответствии с законодательством о Правительстве РФ
    D) в соответствии с установленной Конституцией РФ структурой органов государственной власти

    ОТВЕТ: A

69. В соответствии со статьей 6.32 КоАП РФ «Нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья при проведении искусственного прерывания беременности», к административной ответственности могут быть привлечены…
    A) физические лица, должностные лица, юридические лица
    B) должностные лица и юридические лица
    C) только физические лица
    D) физические лица и должностные лица

    ОТВЕТ: A

70. Воспрепятствование в какой бы то ни было форме законной деятельности медицинского работника по оказанию медицинской помощи…
    A) является административным правонарушением, если такое деяние не содержит признаков уголовно наказуемого деяния
    B) не является административным правонарушением
    C) является дисциплинарным правонарушением
    D) не является административным правонарушением, если данное деяние совершено впервые

    ОТВЕТ: A

71. Дела об административных правонарушениях, предусмотренных КоАП РФ, не могут рассматриваться…
    A) органами, осуществляющими федеральный пробирный надзор
    B) комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав
    C) органами и учреждениями уголовно-исполнительной системы
    D) Банком России в соответствии с задачами и функциями, возложенными на него федеральными законами

    ОТВЕТ: A

72. В случае упразднения указанных в главе 23 КоАП РФ органа, учреждения, их структурных подразделений или территориальных органов, должности должностного лица до внесения в КоАП РФ соответствующих изменений и дополнений подведомственные им дела об административных правонарушениях рассматривают…
    A) судьи
    B) руководители высшего органа исполнительной власти РФ
    C) руководители органа исполнительной власти РФ, которому были переданы полномочия упраздненного органа
    D) судьи конституционного (уставного) суда субъекта РФ

    ОТВЕТ: A

73. Дела об административных правонарушениях по общему правилу не подлежат закрытому рассмотрению, если…
    A) производство по делу об административном правонарушении ведется в отношении несовершеннолетнего
    B) это может привести к разглашению государственной, военной, коммерческой или иной охраняемой законом тайны
    C) если этого требуют интересы обеспечения безопасности лиц, участвующих в производстве по делу об административном правонарушении, членов их семей, их близких
    D) если этого требуют интересы защиты чести и достоинства указанных лиц

    ОТВЕТ: A

74. Истечение сроков давности привлечения к административной ответственности…
    A) исключает производство по делу об административном правонарушении
    B) исключает производство по делу об административном правонарушении при условии, что судья или уполномоченный орган выносят об этом соответствующее определение
    C) не препятствует производству по делу об административном правонарушении исключает применение наказания в виде административного ареста по данному делу

    ОТВЕТ: A

75. Законными представителями юридического лица в соответствии с КоАП РФ являются…
    A) его руководитель, а также иное лицо, признанное в соответствии с законом или учредительными документами органом юридического лица
    B) его руководители
    C) его руководитель, а также иное лицо, действующее на основании доверенности, выданной юридическим лицом
    D) его руководитель или учредитель

    ОТВЕТ: A

76. По делу об административном правонарушении выяснению подлежат…
    A) все перечисленные обстоятельства
    B) обстоятельства, смягчающие административную ответственность, и обстоятельства, отягчающие административную ответственность
    C) наличие события административного правонарушения
    D) характер и размер ущерба, причиненного административным правонарушением

    ОТВЕТ: A

77. Использование систем видео-конференц-связи в закрытом судебном заседании при рассмотрении дела об административном правонарушении…
    A) не допускается
    B) допускается по общим правилам
    C) допускается только с разрешения суда или органа, рассматривающего дело
    D) не допускается в случае, если потерпевший по делу является несовершеннолетним

    ОТВЕТ: A

78. Потерпевшим в деле об административном правонарушении является…
    A) физическое лицо или юридическое лицо, которым административным правонарушением причинен физический, имущественный или моральный вред
    B) физическое лицо, юридическое лицо или должностное лицо, которым административным правонарушением причинен физический или имущественный вред
    C) физическое лицо, которому административным правонарушением причинен физический или имущественный вред
    D) физическое лицо или юридическое лицо, которым административным правонарушением причинен имущественный вред

    ОТВЕТ: A

79. КоАП РФ определяет подсудность дел об административных правонарушениях судам в соответствии с Федеральным конституционным законом …
    A) «О судебной системе Российской Федерации»
    B) «О Правительстве Российской Федерации»
    C) «О системе федеральных органов исполнительной власти»
    D) «О местном самоуправлении в Российской Федерации»

    ОТВЕТ: A

80. В качестве защитника или представителя к участию в производстве по делу об административном правонарушении допускается…
    A) только адвокат
    B) адвокат или иное лицо
    C) адвокат или иное лицо, имеющее высшее юридическое образование
    D) лицо, имеющее высшее юридическое образование

    ОТВЕТ: A

81. Поступившие от общественных объединений материалы, содержащие данные, указывающие на наличие события административного правонарушения…
    A) являются поводами к возбуждению дела об административном правонарушении
    B) не являются поводами к возбуждению дела об административном правонарушении
    C) являются поводами к возбуждению дела об административном правонарушении в отношении правонарушений, указанных в главе 12 КоАП РФ
    D) не являются поводами к возбуждению дела об административном правонарушении, если иное не определено судьей, рассматривающим соответствующее дело

    ОТВЕТ: A

82. Доказательствами по делу об административном правонарушении являются…
    A) любые фактические данные, на основании которых устанавливаются обстоятельства, имеющие значение для правильного разрешения дела
    B) документы, на основании которых устанавливаются обстоятельства, имеющие значение для правильного разрешения дела
    C) документы и показания свидетелей, на основании которых устанавливаются обстоятельства, имеющие значение для правильного разрешения дела
    D) документы, объяснения сторон дела и показания свидетелей, на основании которых устанавливаются обстоятельства, имеющие значение для правильного разрешения дела

ОТВЕТ: A

83. Дело об административном правонарушении может быть возбуждено должностным лицом, уполномоченным составлять протоколы об административных правонарушениях, …
    A) только при наличии хотя бы одного из поводов, предусмотренных КоАП РФ, и достаточных данных, указывающих на наличие события административного правонарушения
    B) только при наличии достаточных данных, указывающих на наличие события административного правонарушения
    C) только при наличии хотя бы одного из поводов, предусмотренных КоАП РФ
    D) только при наличии хотя бы одного из необходимых документов, предусмотренных КоАП РФ

ОТВЕТ: A

84. О совершении административного правонарушения составляется…
    A) протокол об административном правонарушении
    B) протокол об осмотре места административного правонарушения
    C) протокол о привлечении к административной ответственности
    D) протокол об административной ответственности

ОТВЕТ: A

85. Протокол осмотра места совершения административного правонарушения составляется…
    A) немедленно после выявления совершения административного правонарушения
    B) в течение трех дней после выявления совершения административного правонарушения
    C) в течение десяти дней после выявления совершения административного правонарушения
    D) в течение пяти дней после выявления совершения административного правонарушения

ОТВЕТ: A

86. Протокол об административном правонарушении составляется, по общему правилу, …
    A) немедленно после выявления совершения административного правонарушения
    B) в течение десяти дней после выявления совершения административного правонарушения
    C) в течение тридцати дней после выявления совершения административного

правонарушения
D) в течение пяти дней после выявления совершения административного правонарушения

ОТВЕТ: A

87. В случае, если непосредственно на месте совершения физическим лицом административного правонарушения уполномоченным на то должностным лицом назначается административное наказание в виде предупреждения или административного штрафа, протокол об административном правонарушении…
A) не составляется
B) составляется в течение пяти дней после выявления совершения административного правонарушения
C) составляется в течение трех дней после выявления совершения административного правонарушения
D) составляется в течение 24 часов после выявления совершения административного правонарушения

ОТВЕТ: A

88. Комплекс требующих значительных временных затрат процессуальных действий указанных выше лиц, направленных на выяснение всех обстоятельств административного правонарушения, их фиксирование, юридическую квалификацию и процессуальное оформление – это…
A) административное расследование
B) административное исследование
C) административная проверка
D) административная экспертиза

ОТВЕТ: A

89. Копия определения о возбуждении дела об административном правонарушении и проведении административного расследования вручается под расписку либо высылается физическому лицу или законному представителю юридического лица, в отношении которых оно вынесено, а также потерпевшему…
A) в течение суток
B) в течение пяти дней
C) в течение трех дней
D) в течение десяти дней

ОТВЕТ: A

90. В соответствии с КоАП РФ, административным правонарушением признается…
A) противоправное, виновное действие (бездействие) физического или юридического лица, за которое КоАП РФ или законами субъектов Российской Федерации об административных правонарушениях установлена административная ответственность
B) деяние, за которое КоАП РФ или законами субъектов Российской Федерации об административных правонарушениях установлена административная ответственность
C) противоправное, виновное действие (бездействие) физического или юридического лица, за которое КоАП РФ установлена административная ответственность
D) противоправное деяние, за которое КоАП РФ или законами субъектов Российской Федерации об административных правонарушениях установлена административная ответственность

ОТВЕТ: A

91. Административное расследование проводится…
    A) по месту совершения или выявления административного правонарушения
    B) по месту совершения административного правонарушения
    C) по месту выявления административного правонарушения
    D) по месту нахождения должностного лица, осуществляющего расследование

ОТВЕТ: A

92. Срок проведения административного расследования не может превышать, по общему правилу, …
    A) один месяц с момента возбуждения дела об административном правонарушении
    B) два месяца с момента возбуждения дела об административном правонарушении
    C) десять дней после выявления совершения административного правонарушения
    D) один месяц после выявления совершения административного правонарушения

ОТВЕТ: A

93. По общему правилу, дело об административном правонарушении рассматривается…
    A) по месту его совершения
    B) по месту его выявления
    C) по месту жительства лица, , в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении
    D) по месту нахождения должностного лица, осуществляющего расследование

ОТВЕТ: A

94. Дело об административном правонарушении, по которому было проведено административное расследование, рассматривается…
    A) по месту нахождения органа, проводившего административное расследование
    B) по месту его совершения
    C) по месту его выявления
    D) по месту жительства лица, , в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении

ОТВЕТ: A

95. Дело об административном правонарушении рассматривается судьей, правомочным рассматривать дело, …
    A) в двухмесячный срок со дня получения протокола об административном правонарушении и других материалов дела
    B) в месячный срок со дня получения протокола об административном правонарушении и других материалов дела
    C) в двухмесячный срок со дня выявления административного правонарушения
    D) в месячный срок со дня завершения административного расследования

ОТВЕТ: A

96. Жалоба на постановление по делу об административном правонарушении может быть подана в течение…

A) десяти суток со дня вручения или получения копии постановления
B) семи дней со дня вручения или получения копии постановления
C) тридцати дней со дня вручения или получения копии постановления
D) пяти дней со дня вручения или получения копии постановления

ОТВЕТ: A

97. Постановление по делу об административном правонарушении не вступает в законную силу…
A) после истечения срока, установленного для проведения административного расследования
B) после истечения срока, установленного для обжалования постановления по делу об административном правонарушении, если указанное постановление не было обжаловано или опротестовано
C) после истечения срока, установленного для обжалования решения по жалобе, протесту, если указанное решение не было обжаловано или опротестовано, за исключением случаев, если решением отменяется вынесенное постановление
D) немедленно после вынесения не подлежащего обжалованию решения по жалобе, протесту, за исключением случаев, если решением отменяется вынесенное постановление

ОТВЕТ: A

98. Обращение постановления по делу об административном правонарушении к исполнению возлагается на…
A) судью, орган, должностное лицо, вынесших постановление
B) потерпевшего
C) прокуратуру РФ
D) орган, осуществлявший административное расследование

ОТВЕТ: A

99. Постановление о назначении административного наказания не подлежит исполнению в случае, если это постановление не было приведено в исполнение в течение…
A) двух лет со дня его вступления в законную силу
B) одного года со дня его вступления в законную силу
C) шести месяцев со дня его вступления в законную силу
D) двух месяцев со дня его вступления в законную силу

ОТВЕТ: A

100. Постановление о дисквалификации должно быть исполнено лицом, привлеченным к административной ответственности…
A) немедленно после вступления постановления в законную силу
B) в течение десяти дней после вступления постановления в законную силу
C) в течение тридцати дней после вступления постановления в законную силу
D) в течение двух месяцев после вступления постановления в законную силу

ОТВЕТ: A

Тема 5 - Гражданско-правовая ответственность медицинских работников и медицинских организаций

1. По основаниям возникновения гражданско-правовую ответственность разделяют

на:

E) договорную и внедоговорную (деликтную)
F) учредительную и общественную
G) позитивную и негативную
H) субъективную и объективную

ОТВЕТ: A

2. Деликтная ответственность в соответствии с ГК РФ
   A) возникает при причинении личности или имуществу потерпевшего вреда, не связанного с неисполнением или ненадлежащим исполнением нарушителем обязанностей, лежащих на нем в силу договора с потерпевшей стороной
   B) возникает в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением сторонами договора определенных в нем обязательств
   C) возникает в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением сторонами договора определенных в нем обязательств (в медицинской сфере - договор оказания медицинских услуг)
   D) наступает вследствие ненадлежащего оказания услуг по договору оказания медицинских услуг, если медицинское вмешательство не привело к ожидаемому результату, но вреда здоровью не принесло

   ОТВЕТ: A

3. В ходе привлечения к гражданско-правовой ответственности вследствие ненадлежащего оказания медицинской услуги отсутствие вины доказывается...
   A) медицинской организацией
   B) потерпевшим
   C) судом
   D) прокурором

   ОТВЕТ: A

4. Если в результате действий медицинских работников состояние здоровья пациента ухудшилось (по сравнению с показателями до вмешательства), наступает
   A) деликтная гражданско-правовая ответственность
   B) договорная гражданско-правовая ответственность
   C) всегда только дисциплинарная ответственность
   D) дисциплинарная и договорная ответственность

   ОТВЕТ: A

5. Если состояние здоровья пациента ухудшилось по сравнению с показателями до вмешательства в результате действий медицинских работников, наступает
   A) внедоговорная гражданско-правовая ответственность
   B) договорная гражданско-правовая ответственность
   C) всегда только дисциплинарная ответственность
   D) дисциплинарная и договорная ответственность

   ОТВЕТ: A

6. Если медицинское вмешательство в рамках договора оказания медицинских услуг не привело к ожидаемому результату, но вреда здоровью не принесло, наступает
   A) договорная гражданско-правовая ответственность
   B) внедоговорная гражданско-правовая ответственность
   C) дисциплинарная и деликтная ответственность
   D) деликтная гражданско-правовая ответственность

   ОТВЕТ: A

7. Деликтная ответственность в гражданском праве это
    A) внедоговорная гражданско-правовая ответственность
    B) договорная гражданско-правовая ответственность
    C) дисциплинарная ответственность
    D) уголовная ответственность

    ОТВЕТ: A

8. Внедоговорная гражданско-правовая ответственность это
    A) деликтная гражданско-правовая ответственность
    B) договорная гражданско-правовая ответственность
    C) дисциплинарная ответственность
    D) уголовная ответственность

    ОТВЕТ: A

9. Гражданско-правовая ответственность
    A) направлена на обеспечение восстановления первоначального положения потерпевшего, защиту его имущественных и личных неимущественных прав
    B) влечет неблагоприятные последствия имущественного характера в отношении потерпевшего, обеспеченные государственным принуждением
    C) характеризуется неблагоприятными последствиями неимущественного характера в отношении потерпевшего, обеспеченными государственным принуждением
    D) обеспечивает наказание должника

    ОТВЕТ: A

10. Гражданско-правовая ответственность
    A) характеризуется неблагоприятными последствиями имущественного и иногда неимущественного характера в отношении правонарушителя, обеспеченными государственным принуждением
    B) влечет неблагоприятные последствия имущественного характера в отношении потерпевшего, обеспеченные государственным принуждением
    C) характеризуется неблагоприятными последствиями неимущественного характера в отношении потерпевшего, обеспеченными государственным принуждением
    D) обеспечивает наказание должника

    ОТВЕТ: A

11. В случае причинения вреда жизни и здоровью пациента медицинская организация
    A) обязана возместить вред, причиненный по вине ее работников при исполнении ими своих служебных (трудовых) обязанностей
    B) освобождается от гражданско-правовой ответственности
    C) обязана возместить моральный вред, а реальный ущерб возмещается виновным медицинским работником
    D) обязана возместить моральный вред, а упущенная выгода возмещается виновным медицинским работником

    ОТВЕТ: A

12. В случае причинения медицинским работником вреда жизни и здоровью пациента медицинская организация, в которой он работает
    A) обязана возместить вред, причиненный по вине ее работников в полном объеме

B) освобождается от гражданско-правовой ответственности и вправе потребовать от работника компенсации
C) обязана возместить реальный ущерб, а моральный вред компенсируется медицинским работником
D) обязана возместить пациенту упущенную выгоду, а моральный вред возмещается виновным медицинским работником

ОТВЕТ: A

13. При ненадлежащем оказании гражданину платных медицинских услуг наступает
A) договорная ответственность
B) деликтная ответственность
C) субсидиарная ответственность
D) долевая ответственность

ОТВЕТ: A

14. В соответствии с ГК РФ упущенная выгода – это
A) доходы, которые лицо получило бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы его право не было нарушено
B) расходы, произведенные лицом, чье право нарушено
C) расходы, которое лицо, чье право нарушено, должно будет произвести для восстановления нарушенного права
D) стоимость утраченного или поврежденного имущества лица, чье право нарушено

ОТВЕТ: A

15. Упущенная выгода в гражданском праве – это...
A) один из видов материального вреда в гражданском праве
B) моральный вред
C) реальный ущерб
D) расходы, произведенные лицом, чье право нарушено

ОТВЕТ: A

16. Реальный ущерб в гражданском праве – это...
A) расходы, которые лицо, чье право нарушено, произвело или должно будет произвести для восстановления нарушенного права, утрата или повреждение его имущества
B) это неполученные доходы, которые это лицо получило бы, если бы его право не было нарушено
C) физические или нравственные страдания гражданина, вызванные нарушением его личных неимущественных прав или умалением иных его личных (нематериальных) благ
D) доходы, которые лицо получило бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы его право не было нарушено

ОТВЕТ: A

17. Реальный ущерб в гражданском праве – это...
A) один из видов материального вреда
B) моральный вред
C) упущенная выгода
D) моральный вред и упущенная выгода

ОТВЕТ: A

18. Моральный вред в гражданском праве – это...
    A) физические или нравственные страдания гражданина, вызванные нарушением его личных неимущественных прав или умалением иных его личных (нематериальных) благ
    B) реальный ущерб
    C) расходы, произведенные лицом, чье право нарушено
    D) упущенная выгода

ОТВЕТ: A

19. Моральный вред в гражданском праве – это...
    A) нравственные переживания в связи с утратой родственников
    B) реальный ущерб
    C) расходы, произведенные лицом, чье право нарушено
    D) один из видов материального вреда в гражданском праве

ОТВЕТ: A

20. Моральный вред в гражданском праве – это...
    A) нравственные переживания в связи с невозможностью продолжать активную общественную жизнь
    B) реальный ущерб
    C) расходы, произведенные лицом, чье право нарушено
    D) упущенная выгода

ОТВЕТ: A

21. Моральный вред в гражданском праве – это...
    A) нравственные переживания в связи с последствиями разглашения врачебной тайны
    B) реальный ущерб
    C) расходы, произведенные лицом, чье право нарушено
    D) упущенная выгода

ОТВЕТ: A

22. К моральному вреду в гражданском праве не относятся...
    A) расходы, которые лицо, чье право нарушено, произвело или должно будет произвести для восстановления нарушенного права
    B) нравственные переживания в связи с утратой родственников
    C) нравственные переживания в связи с невозможностью продолжать активную общественную жизнь
    D) последствия разглашения врачебной тайны

ОТВЕТ: A

23. К моральному вреду в гражданском праве не относится...
    A) реальный ущерб
    B) разглашение врачебной тайны
    C) физическое или нравственное страдание гражданина, вызванные нарушением его личных неимущественных прав
    D) переживание в связи с невозможностью продолжать активную общественную жизнь

ОТВЕТ: A

24. Оказание платных медицинских услуг регулируется
    A) Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей»

B) Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
C) Медицинским кодексом РФ
D) Уголовным кодексом РФ

ОТВЕТ: A

25. Моральным вредом в гражданском праве не является...
A) упущенная выгода
B) разглашение врачебной тайны
C) физическое или нравственное страдание гражданина, вызванные нарушением его личных неимущественных прав
D) переживание в связи с невозможностью продолжать активную общественную жизнь

ОТВЕТ: A

26. Моральным вредом в гражданском праве не является...
A) ущерб, который выражается в уменьшении имущества потерпевшего
B) физическое или нравственное страдание гражданина, вызванные нарушением его личных неимущественных прав
C) нравственные переживания в связи с утратой родственников
D) нравственные переживания в связи с невозможностью продолжать активную общественную жизнь

ОТВЕТ: A

27. Гражданский кодекс РФ к моральному вреду не относит...
A) утраченный потерпевшим заработок
B) физическое или нравственное страдание гражданина, вызванные нарушением его личных неимущественных прав
C) нравственные переживания в связи с утратой родственников
D) нравственные переживания в связи с невозможностью продолжать активную общественную жизнь

ОТВЕТ: A

28. Гражданский кодекс РФ к моральному вреду не относит...
A) расходы на лечение
B) физическое или нравственное страдание гражданина, вызванные нарушением его личных неимущественных прав
C) нравственные переживания в связи с утратой родственников
D) нравственные переживания в связи с невозможностью продолжать активную общественную жизнь

ОТВЕТ: A

29. Гражданский кодекс РФ к моральному вреду не относит...
A) расходы на дополнительное питание
B) физическое или нравственное страдание гражданина, вызванные нарушением его личных неимущественных прав
C) нравственные переживания в связи с утратой родственников
D) нравственные переживания в связи с невозможностью продолжать активную общественную жизнь

ОТВЕТ: A

30. Гражданский кодекс РФ к моральному вреду не относит...

A) расходы на приобретение лекарств
B) физическое или нравственное страдание гражданина, вызванные нарушением его личных неимущественных прав
C) нравственные переживания в связи с утратой родственников
D) нравственные переживания в связи с невозможностью продолжать активную общественную жизнь

ОТВЕТ: A

31. Гражданский кодекс РФ к реальному ущербу относит...
A) расходы на приобретение лекарств
B) физическое или нравственное страдание гражданина, вызванные нарушением его личных неимущественных прав
C) нравственные переживания в связи с утратой родственников
D) нравственные переживания в связи с невозможностью продолжать активную общественную жизнь

ОТВЕТ: A

32. Гражданский кодекс РФ к моральному вреду не относит...
A) расходы на протезирование
B) физическое или нравственное страдание гражданина, вызванные нарушением его личных неимущественных прав
C) нравственные переживания в связи с утратой родственников
D) нравственные переживания в связи с невозможностью продолжать активную общественную жизнь

ОТВЕТ: A

33. Гражданский кодекс РФ к моральному вреду не относит...
A) расходы на санаторно-курортное лечение
B) физическое или нравственное страдание гражданина, вызванные нарушением его личных неимущественных прав
C) нравственные переживания в связи с утратой родственников
D) нравственные переживания в связи с невозможностью продолжать активную общественную жизнь

ОТВЕТ: A

34. Гражданский кодекс РФ к моральному вреду не относит...
A) расходы на приобретение специальных транспортных средств
B) физическое или нравственное страдание гражданина, вызванные нарушением его личных неимущественных прав
C) нравственные переживания в связи с утратой родственников
D) нравственные переживания в связи с невозможностью продолжать активную общественную жизнь

ОТВЕТ: A

35. При причинении вреда здоровью и жизни пациента у причинителя вреда возникает
A) деликтная ответственность
B) договорная ответственность
C) солидарная ответственность
D) субсидиарная ответственность

ОТВЕТ: A

36. Гражданский кодекс РФ к моральному вреду не относит...

A) расходы, связанные с профессиональной переподготовкой
B) физическое или нравственное страдание гражданина, вызванные нарушением его личных неимущественных прав
C) нравственные переживания в связи с утратой родственников
D) нравственные переживания в связи с невозможностью продолжать активную общественную жизнь

ОТВЕТ: A

37. Гражданский кодекс РФ к моральному вреду не относит...
A) расходы, связанные с оплатой помощи сиделки
B) физическое или нравственное страдание гражданина, вызванные нарушением его личных неимущественных прав
C) нравственные переживания в связи с утратой родственников
D) нравственные переживания в связи с невозможностью продолжать активную общественную жизнь

ОТВЕТ: A

38. Материальный вред в гражданском праве – это...
A) ущерб, который выражается в уменьшении имущества потерпевшего в результате нарушения принадлежащего ему материального права и (или) умалении нематериального блага, (здоровье)
B) физическое или нравственное страдание гражданина, вызванные нарушением его личных неимущественных прав
C) нравственные переживания в связи с утратой родственников,
D) нравственные переживания в связи с невозможностью продолжать активную общественную жизнь

ОТВЕТ: A

39. В случае нарушения прав потребителя по договору оказания медицинских услуг Закон РФ "О защите прав потребителей" устанавливает его право на...
A) судебную защиту нарушенных прав
B) компенсацию морального вреда
C) компенсацию реального ущерба
D) компенсацию упущенной выгоды

ОТВЕТ: A

40. В случае нарушения прав потребителя по договору оказания медицинских услуг Закон РФ "О защите прав потребителей" устанавливает его право на...
A) возмещение убытков в случае нарушения исполнителем сроков исполнения услуг
B) компенсацию морального вреда
C) компенсацию реального ущерба
D) компенсацию упущенной выгоды

ОТВЕТ: A

41. В случае нарушения прав потребителя по договору оказания медицинских услуг Закон РФ "О защите прав потребителей" устанавливает его право на...
A) возмещение убытков, причиненных вследствие недостатков оказанной услуги, выплата неустойки
B) компенсацию морального вреда
C) компенсацию реального ущерба
D) компенсацию упущенной выгоды

ОТВЕТ: А

42. В случае нарушения прав потребителя по договору оказания медицинских услуг Закон РФ "О защите прав потребителей" не предусматривает его право на...
    A) компенсацию морального вреда
    B) возмещение убытков, причиненных вследствие недостатков оказанной услуги, выплата неустойки
    C) возмещение убытков в случае нарушения исполнителем сроков исполнения услуг
    D) судебную защиту нарушенных прав

    ОТВЕТ: А

43. Нарушение установленных договором сроков исполнения услуг (в т.ч. и медицинских) должно сопровождаться...
    A) выплатой потребителю неустойки
    B) назначением новых сроков
    C) извинением медицинской организации в письменной форме
    D) выплатой компенсации за упущенную выгоду

    ОТВЕТ: А

44. В случае нарушения прав потребителя по договору оказания медицинских услуг Закон РФ "О защите прав потребителей" к способам возмещения убытков относит:
    A) безвозмездное устранение недостатков оказанной услуги
    B) извинение медицинской организации в письменной форме
    C) выплату компенсации за упущенную выгоду
    D) компенсацию морального вреда

    ОТВЕТ: А

45. В случае нарушения прав потребителя по договору оказания медицинских услуг Закон РФ "О защите прав потребителей" к способам возмещения убытков относит:
    A) соответствующее уменьшение цены оказанной услуги
    B) извинение медицинской организации в письменной форме
    C) выплату компенсации за упущенную выгоду
    D) компенсацию морального вреда

    ОТВЕТ: А

46. Материальный вред в гражданском праве складывается из
    A) реального ущерба и упущенной выгоды
    B) реального ущерба и уплаты неустойки
    C) реального ущерба и потери задатка
    D) реального ущерба и компенсации морального вреда

    ОТВЕТ: А

47. В случае нарушения прав потребителя по договору оказания медицинских услуг Закон РФ "О защите прав потребителей" к способам возмещения убытков относит:
    A) безвозмездное повторное оказание услуги
    B) извинение медицинской организации в письменной форме
    C) выплату компенсации за упущенную выгоду
    D) компенсацию морального вреда

    ОТВЕТ: А

48. В случае нарушения прав потребителя по договору оказания медицинских услуг

Закон РФ "О защите прав потребителей" к способам возмещения убытков относит:

A) возмещение понесенных расходов, связанных с устранением недостатков оказанной услуги
B) извинение медицинской организации в письменной форме
C) выплату компенсации за упущенную выгоду
D) компенсацию морального вреда

ОТВЕТ: A

49. В случае нарушения прав потребителя по договору оказания медицинских услуг Закон РФ "О защите прав потребителей" к способам возмещения убытков относит:

A) право расторгнуть договор об оказании услуги и потребовать полного возмещения причиненных в связи с недостатками оказанной услуги убытков
B) извинение медицинской организации в письменной форме
C) выплату компенсации за упущенную выгоду
D) компенсацию морального вреда

ОТВЕТ: A

50. Иском в связи с ненадлежащим оказанием медицинских услуг не являются требования...

A) об установлении отцовства
B) о признании отказа в получении и оказании медицинской помощи незаконным и понуждении в ее оказании
C) о взыскании убытков, причиненных некачественным оказанием услуг по лечению, и компенсации морального вреда
D) о взыскании суммы, уплаченной за медицинскую услугу, неустойки за невыполнение требований потребителя в добровольном порядке, судебных расходов, компенсации морального вреда

ОТВЕТ: A

51. Иском в связи с оказанием некачественных медицинских услуг являются требования...

A) о взыскании суммы, уплаченной за медицинскую услугу, неустойки за невыполнение требований потребителя в добровольном порядке, судебных расходов, компенсации морального вреда
B) об установлении отцовства
C) о признании авторства
D) о признании права собственности на объект недвижимости

ОТВЕТ: A

52. Иск в связи с оказанием некачественных медицинских услуг - это требование...

A) о взыскании убытков, причиненных оказанием услуг по лечению, и компенсации морального вреда
B) об установлении отцовства
C) о признании авторства
D) о признании права собственности на объект недвижимости

ОТВЕТ: A

53. Иском в связи с некачественным оказанием медицинских услуг не являются требования...

A) о признании авторства
B) о признании отказа в получении и оказании медицинской помощи незаконным и понуждении в ее оказании

C) о взыскании убытков, причиненных некачественным оказанием услуг по лечению, и компенсации морального вреда
D) о взыскании суммы, уплаченной за медицинскую услугу, неустойки за невыполнение требований потребителя в добровольном порядке, судебных расходов, компенсации морального вреда

ОТВЕТ: A

54. Требования в связи с оказанием некачественных медицинских услуг могут предъявляться в иске...
A) о взыскании суммы, уплаченной за медицинскую услугу, неустойки за невыполнение требований потребителя в добровольном порядке, судебных расходов, компенсации морального вреда
B) об установлении отцовства
C) о признании авторства
D) о признании права собственности на объект недвижимости

ОТВЕТ: A

55. При подсчете расходов, подлежащих возмещению при причинении гражданину увечья или ином повреждении его здоровья, к реальному ущербу не относят...
A) утраченный потерпевшим заработок
B) расходы на лечение, дополнительное питание
C) расходы на приобретение лекарств, протезирование
D) расходы на посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовка к другой профессии

ОТВЕТ: A

56. При подсчете расходов, подлежащих возмещению при причинении гражданину увечья или ином повреждении его здоровья, упущенной выгодой суд признает...
A) утраченный потерпевшим заработок
B) расходы на лечение, дополнительное питание
C) расходы на приобретение лекарств, протезирование
D) расходы посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовка к другой профессии

ОТВЕТ: A

57. В рамках гражданско-правовой ответственности вред, причиненный жизни и здоровью, возмещается:
A) в полном объеме
B) частично, по усмотрению суда
C) только в размере реального ущерба
D) только в размере упущенной выгоды

ОТВЕТ: A

58. При определении утраченного заработка назначенные потерпевшему в связи с увечьем или иным повреждением здоровья пенсии, пособия и иные подобные выплаты...
A) не засчитываются в счет возмещения вреда
B) засчитываются в счет возмещения вреда
C) могут быть не засчитаны по просьбе потерпевшего
D) засчитываются на усмотрение суда

ОТВЕТ: A

59. Размер подлежащего возмещению утраченного потерпевшим заработка определяется...
    A) до момента получения увечья или иного повреждения здоровья
    B) с момента присвоения инвалидности
    C) с момента подачи искового заявления в суд
    D) со дня вынесения судебного решения
    ОТВЕТ: A

60. Заработок, получаемый потерпевшим после повреждения здоровья, как упущенная выгода в счет возмещения вреда...
    A) не засчитывается
    B) засчитывается
    C) засчитываются по просьбе причинителя вреда
    D) не засчитываются только по решению суда
    ОТВЕТ: A

61. В случае, когда потерпевший на момент причинения вреда не работал, учитывается...
    A) по его желанию заработок до увольнения либо обычный размер вознаграждения работника его квалификации в данной местности
    B) реально полученный заработок до увольнения
    C) минимальный размер вознаграждения работника его квалификации в данной местности
    D) установленный в соответствии с законом размер прожиточного минимума трудоспособного населения в целом по Российской Федерации
    ОТВЕТ: A

62. Если в заработке (доходе) потерпевшего до причинения ему увечья или иного повреждения здоровья произошли устойчивые изменения, улучшающие его имущественное положение, при определении его среднемесячного заработка...
    A) учитывается только заработок (доход), который он получил или должен был получить после соответствующего изменения
    B) учитывается только заработок, который он получал до соответствующего изменения
    C) учитывается только заработок (доход), который он уже получил после соответствующего изменения
    D) не учитывается средний заработок (доход), между тем, который он получил и тем, который получал, соответствующего изменения
    ОТВЕТ: A

63. Обязанность возмещения вреда в гражданском праве может быть возложена...
    A) на причинителя вреда и в предусмотренных законом случаях на лицо, не являющееся причинителем вреда
    B) только на причинителя вреда
    C) на причинителя вреда или на лицо, не являющееся причинителем вреда, по выбору потерпевшего
    D) на причинителя вреда или на лицо, не являющееся причинителем вреда, на усмотрение суда
    ОТВЕТ: A

64. Оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме...
    A) если исполнение услуги стало невозможным по вине заказчика

B) если исполнение услуги стало невозможным по вине исполнителя
C) если услуга имеет существенный недостаток
D) если услуга оказана ненадлежащим образом

ОТВЕТ: A

65. При причинении вреда здоровью надлежащим ответчиком в суде будет...
A) медицинская организация
B) медицинский работник
C) в зависимости от условий договора
D) на усмотрение суда

ОТВЕТ: A

66. Вред, причиненный правомерными действиями, в соответствии с Гражданским кодексом РФ...
A) подлежит возмещению только в случаях, предусмотренных законом
B) подлежит возмещению во всех случаях
C) не подлежит возмещению, если иное не предусмотрено договором
D) ни в каких случаях не подлежит возмещению

ОТВЕТ: A

67. В гражданском праве вред, причиненный в состоянии крайней необходимости, ...
A) подлежит возмещению в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации
B) не подлежит возмещению, как и в уголовном праве
C) подлежит возмещению по требованию прокурора
D) подлежит возмещению только по решению руководителя медицинской организации

ОТВЕТ: A

68. Гражданской кодекс РФ предусматривает возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью
A) в полном объеме
B) только в виде компенсации морального вреда
C) только в размере реального ущерба
D) только в размере упущенной выгоды

ОТВЕТ: A

69. К случаю оказания медицинской помощи в условиях крайней необходимости не относится ситуация...
A) причинения медицинским работником вреда жизни одному лицу в целях спасения жизни другого лица
B) оказания медицинской помощи при дефиците квалифицированного персонала и лекарственных средств
C) неоказания помощи одному из больных, когда врача вызвали сразу к двум пациентам, нуждающимся в экстренной медицинской помощи
D) оказания медицинской помощи при отсутствии необходимой медицинской техники

ОТВЕТ: A

70. К ситуации оказания медицинской помощи в условиях крайней необходимости не относится случай...
A) принудительного изъятия органов и тканей для спасения жизни

нуждающихся реципиентов
B) оказания медицинской помощи при дефиците квалифицированного персонала и лекарственных средств
C) неоказания помощи одному из больных, когда врача вызвали сразу к двум пациентам, нуждающимся в экстренной медицинской помощи
D) оказания медицинской помощи при отсутствии необходимой медицинской техники

ОТВЕТ: A

71. Оказанием медицинской помощи в условиях крайней необходимости не считается случай...
A) изъятия органов и тканей у живого донора, которое угрожает его жизни, для последующей трансплантации в целях спасения жизни другого пациента
B) оказания медицинской помощи при дефиците квалифицированного персонала и лекарственных средств
C) неоказания помощи одному из больных, когда врача вызвали сразу к двум пациентам, нуждающимся в экстренной медицинской помощи
D) оказания медицинской помощи при отсутствии необходимой медицинской техники

ОТВЕТ: A

72. Оказанием медицинской помощи в условиях крайней необходимости считается случай...
A) оказания медицинской помощи при дефиците квалифицированного персонала и лекарственных средств
B) принудительного изъятия органов и тканей для спасения жизни нуждающихся реципиентов
C) причинения медицинским работником вреда жизни одному лицу в целях спасения жизни другого лица
D) изъятия органов и тканей у живого донора, которое угрожает его жизни, для последующей трансплантации в целях спасения жизни другого пациента

ОТВЕТ: A

73. К случаю оказания медицинской помощи в условиях крайней необходимости относится ситуация...
A) оказания медицинской помощи при отсутствии необходимого медицинского оборудования
B) принудительного изъятия органов и тканей для спасения жизни нуждающихся реципиентов
C) причинения медицинским работником вреда жизни одному лицу в целях спасения жизни другого лица
D) изъятия органов и тканей у живого донора, которое угрожает его жизни, для последующей трансплантации в целях спасения жизни другого пациента

ОТВЕТ: A

74. К ситуации оказания медицинской помощи в условиях крайней необходимости относится случай...
A) неоказания помощи одному из больных, когда врача вызвали сразу к двум пациентам, нуждающимся в экстренной медицинской помощи
B) принудительного изъятия органов и тканей для спасения жизни нуждающихся реципиентов
C) причинения медицинским работником вреда жизни одному лицу в целях

спасения жизни другого лица
D) изъятия органов и тканей у живого донора, которое угрожает его жизни, для последующей трансплантации в целях спасения жизни другого пациента

ОТВЕТ: A

75. Основным критерием допустимости причинения вреда в состоянии крайней необходимости является условие того, что причиненный вред должен быть всегда...
A) меньше предотвращенного
B) больше предотвращенного по количественным и (или) качественным показателям
C) больше предотвращенного
D) равнозначным предотвращенному по количественным и (или) качественным показателям

ОТВЕТ: A

76. В случае причинения вреда здоровью пациента не подлежат возмещению расходы и имущественные потери, связанные с...
A) образованием несовершеннолетних детей потерпевшего
B) утратой потерпевшим заработка
C) лечением, приобретением лекарств, протезированием
D) посторонним уходом, санаторно-курортным лечением, приобретением специальных транспортных средств, подготовкой к другой профессии

ОТВЕТ: A

77. Нуждаемость потерпевшего в дополнительных расходах должна быть подтверждена...
A) заключением медико-социальной экспертизы, а в спорных случаях устанавливается судом
B) заключением экспертизы временной нетрудоспособности
C) заключением экспертизы о качестве медицинской помощи
D) только судом

ОТВЕТ: A

78. Компенсация морального вреда может осуществляться...
A) исключительно в денежной форме
B) в принесении извинений от администрации медицинского учреждения
C) в принесении извинений от лечащего врача или главного врача
D) в оказании психологической помощи

ОТВЕТ: A

79. Деликтная ответственность в гражданском праве
A) возникает в связи с совершением одним лицом противоправных действий в отношении другого лица, в результате чего последнему причинен определенный ущерб (вред)
B) возникает при причинении личности или имуществу потерпевшего вреда, связанного с неисполнением или ненадлежащим исполнением нарушителем обязанностей, лежащих на нем в силу договора с потерпевшей стороной
C) возникает в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением сторонами договора определенных в нем обязательств (в медицинской сфере - договор оказания медицинских услуг)
D) наступает вследствие ненадлежащего оказания услуг по договору оказания медицинских услуг, если медицинское вмешательство не привело к

ожидаемому результату, но вреда здоровью не принесло

ОТВЕТ: A

80. Моральный вред возмещается...
    A) независимо от подлежащего возмещению имущественного вреда
    B) с учетом подлежащего возмещению имущественного вреда
    C) в зависимости от размера подлежащего возмещению имущественного вреда
    D) на усмотрение суда

ОТВЕТ: A

81. Размер компенсации морального вреда определяется судом, независимо от...
    A) размера возмещения имущественного вреда
    B) характера причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий
    C) индивидуальных особенностей потерпевшего
    D) степени вины причинителя вреда, когда вина является основанием возмещения

ОТВЕТ: A

82. В качестве доказательств наличия морального вреда судом оценивается...
    A) характер нравственных и физических страданий потерпевшего
    B) медицинская документация, свидетельствующая об обращении к специалистам
    C) медицинские документы, свидетельствующие о перенесенных после причинения вреда заболеваниях
    D) квитанции об оплате медицинских услуг

ОТВЕТ: A

83. Нарушение сроков оказания медицинской услуги...
    A) влечет возможность взыскания потребителем полного размера убытков
    B) влечет административную ответственность исполнителя
    C) исключает ответственность исполнителя
    D) влечет возможность переноса сроков исполнения услуги на другое время по решению суда

ОТВЕТ: A

84. Потребитель не вправе взыскать неустойку с медицинской организации, если она докажет, что нарушение сроков оказания услуг произошло...
    A) вследствие действия обстоятельств непреодолимой силы
    B) вследствие проверки медицинской организации органом внешнего контроля
    C) вследствие отпуска лечащего врача
    D) вследствие отсутствия в клинике врача соответствующего профиля

ОТВЕТ: A

85. В число лиц, имеющих право на возмещение вреда, причиненного смертью кормильца, входят...
    A) нетрудоспособные лица, состоявшие на иждивении умершего или имевшие ко дню его смерти право на получение от него содержания
    B) лица, состоявшие на иждивении умершего и ставшие нетрудоспособными в течение 6 лет после смерти потерпевшего
    C) один из членов семьи, не работавший на момент смерти потерпевшего
    D) родные и приемные дети умершего, достигшие 25 лет

ОТВЕТ: А

86. Вред по случаю потери кормильца возмещается...
    A) несовершеннолетним – до достижения 18 лет
    B) учащимся до окончания учебы, но не более 25 лет
    C) женщинам старше 55 лет и мужчинам старше 60 лет – в течение 5 лет
    D) инвалидам - пожизненно

ОТВЕТ: А

87. Иски о возмещении вреда, причиненного увечьем или иным повреждением здоровья или в результате смерти кормильца, могут предъявляться в суд потерпевшим...
    A) по месту его жительства или месту причинения вреда
    B) по месту нахождения ответчика или месту причинения вреда
    C) только по месту причинения вреда
    D) по месту нахождения ответчика

ОТВЕТ: А

88. На требования о возмещении вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина, исковая давность...
    A) не распространяется
    B) распространяется и составляет 3 года
    C) распространяется и составляет 5 лет
    D) распространяется и составляет 10 лет

ОТВЕТ: А

89. К обстоятельствам, освобождающим медицинское учреждение от гражданско-правовой ответственности, закон относит...
    A) нарушение пациентом установленных правил и норм, которые он должен был соблюдать (режим лечения, приема лекарственных препаратов и т. д.)
    B) отсутствие у учреждения необходимых лекарств, материальных средств
    C) недостижение результата или возникновение осложнений у пациента, несмотря на надлежащие действия врачей
    D) невыполнение своих обязательств партнерами медицинского учреждения (например, недопоставка вовремя необходимого оборудования)

ОТВЕТ: А

90. Договорная ответственность в гражданском праве
    A) возникает в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением сторонами договора определенных в нем обязательств
    B) не может устанавливаться и за правонарушения, прямо не обеспеченные санкциями в действующем законодательстве
    C) возникает в связи с совершением одним лицом противоправных действий в отношении другого лица, в результате чего последнему причинен определенный ущерб (вред)
    D) возникает при причинении личности или имуществу потерпевшего вреда, не связанного с неисполнением или ненадлежащим исполнением нарушителем обязанностей, лежащих на нем в силу договора с потерпевшей стороной

ОТВЕТ: А

91. Возмещение вреда (ущерба) в порядке гражданского судопроизводства...
    A) не освобождает медицинского работника от привлечения к дисциплинарной,

административной, уголовной ответственности
B) освобождает медицинского работника от привлечения к дисциплинарной и административной ответственности
C) освобождает медицинского работника от привлечения к дисциплинарной и уголовной ответственности
D) освобождает медицинского работника от привлечения к административной и уголовной ответственности

ОТВЕТ: A

92. Вред, причиненный жизни или здоровью потребителя вследствие недостатков медицинской услуги, ...
A) подлежит возмещению в полном объеме
B) подлежит возмещению в объеме причиненного вреда
C) возмещению не подлежит
D) возмещается в объеме заявленных требований

ОТВЕТ: A

93. Отказ исполнителя в установленный потребителем срок устранить недостаки оказанной услуги, позволяет потребителю...
A) отказаться от исполнения договора и потребовать возмещения полного объема ущерба
B) расторгнуть договор и потребовать возмещения реального ущерба
C) переложить исполнения на третьих лиц с возмещением понесенных расходов
D) расторгнуть договор, без заявления иных требований

ОТВЕТ: A

94. Потребитель вправе отказаться от исполнения договора об оказании медицинских услуг (его оплаты), при обнаружении...
A) существенных недостатков оказанной услуги
B) любых недостатков оказанной услуги
C) недостатков в ходе исполнения услуги, которые были полностью оплачены
D) недостатков в оказанной услуге, результат (пластика лица) не понравился потребителю

ОТВЕТ: A

95. Существенный недостаток медицинской услуги:
A) неустранимый недостаток или недостаток, который выявляется неоднократно, или проявляется вновь после его устранения
B) дефект услуги, который влияет на конечный результат, не отвечающий требованиям качества
C) недостаток, устранение которого зависит от возможностей исполнителя
D) свидетельствует о большом объеме возникшего в ней дефекта

ОТВЕТ: A

96. Защита прав потребителей при оказании медицинских услуг...
A) осуществляется судом
B) осуществляется территориальным фондом ОМС
C) осуществляется Правительством РФ
D) осуществляется только самостоятельно

ОТВЕТ: A

97. При компенсации морального вреда наличие вины причинителя вреда не учитывается, если...
    A) вред причинен жизни, здоровью или имуществу гражданина вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков услуги
    B) потерпевший состоял с ним в договорных отношениях
    C) потерпевший не состоял с ним в договорных отношениях
    D) вред причинен двумя или более медицинскими работниками

    ОТВЕТ: A

98. При компенсации морального вреда наличие вины причинителя вреда не учитывается, если...
    A) вред причинен вследствие недостоверной или недостаточной информации
    B) потерпевший состоял с ним в договорных отношениях
    C) потерпевший не состоял с ним в договорных отношениях
    D) вред причинен двумя или более медицинскими работниками

    ОТВЕТ: A

99. При компенсации морального вреда наличие вины причинителя вреда не учитывается, если...
    A) вред причинен источником повышенной опасности
    B) потерпевший состоял с ним в договорных отношениях
    C) потерпевший не состоял с ним в договорных отношениях
    D) вред причинен двумя или более медицинскими работниками

    ОТВЕТ: A

100. При компенсации морального вреда наличие вины причинителя вреда не учитывается, если...
    A) вред причинен распространением сведений, порочащих честь, достоинство и деловую репутацию
    B) потерпевший состоял с ним в договорных отношениях
    C) потерпевший не состоял с ним в договорных отношениях
    D) вред причинен двумя или более медицинскими работниками

    ОТВЕТ: A

Тема 6 - Особенности трудовых отношений медицинских работников

1. В соответствии с действующим законодательством, за неоказание или ненадлежащие оказание помощи больному медицинский работник может нести…
    A) уголовную, гражданско-правовую, административную и дисциплинарную ответственность
    B) уголовную, гражданско-правовую и административную ответственность
    C) только уголовную или административную ответственность
    D) только уголовную или гражданско-правовую ответственность

    ОТВЕТ: A

2. Трудовые обязанности становятся обязательными для медицинского работника и их неисполнение или ненадлежащее исполнение будет являться основанием для привлечения его к дисциплинарной ответственности после того, как…
    A) трудовые обязанности каждого работника были закреплены документально (в трудовых договорах, должностных инструкциях, правилах внутреннего трудового распорядка), и работники были ознакомлены со своими трудовыми обязанностями

B) работники были ознакомлены со своими трудовыми обязанностями
C) трудовые обязанности каждого работника были закреплены документально (в трудовых договорах, должностных инструкциях, правилах внутреннего трудового распорядка)
D) работники были ознакомлены со своими трудовыми договорами

ОТВЕТ: A

3. В соответствии с ТК РФ, работник обязан возместить работодателю…
   A) причиненный ему прямой действительный ущерб
   B) причиненный ему реальный ущерб
   C) причиненный ему реальный ущерб и упущенную выгоду
   D) причиненный ему реальный вред

   ОТВЕТ: A

4. В соответствии со ст. 192 ТК РФ дисциплинарным проступком является…
   A) неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей
   B) ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей
   C) неисполнение или ненадлежащее исполнение работником возложенных на него трудовых обязанностей
   D) все перечисленные определения неверны

   ОТВЕТ: A

5. В соответствии со ст. 192 ТК РФ при наложении дисциплинарного взыскания необходимо учитывать…
   A) тяжесть совершенного проступка и обстоятельства, при которых он был совершен
   B) время совершения проступка
   C) личность работника, совершившего проступок
   D) тяжесть совершенного проступка и обстоятельства, при которых он был выявлен

   ОТВЕТ: A

6. В соответствии со ст. 194 ТК РФ если в течение года со дня применения дисциплинарного взыскания работник не будет подвергнут новому дисциплинарному взысканию, то…
   A) он считается не имеющим дисциплинарного взыскания
   B) с него может быть снято дисциплинарное взыскание
   C) он может быть привлечен к административной ответственности за аналогичный проступок
   D) он может быть привлечен к гражданско-правовой ответственности за аналогичный проступок

   ОТВЕТ: A

7. В соответствии со ст. 194 ТК РФ работодатель до истечения года со дня применения дисциплинарного взыскания имеет право снять его с работника…
   A) все перечисленные ответы верны
   B) по собственной инициативе
   C) по ходатайству представительного органа работников
   D) по просьбе самого работника

   ОТВЕТ: A

8. За каждый дисциплинарный проступок работодателем может быть применено…
   A) только одно дисциплинарное взыскание
   B) только одно основное и одно дополнительное дисциплинарное взыскание
   C) одно дисциплинарное взыскание с возложением обязанности возмещения причиненного вреда
   D) одно дисциплинарное взыскание с применением мер воспитательного характера

   ОТВЕТ: A

9. В соответствии со ст. 193 ТК РФ до применения дисциплинарного взыскания работодатель должен…
   A) затребовать от работника письменное объяснение
   B) затребовать от работника устного отчета
   C) оценить причиненный проступком материальный вред
   D) отстранить работника от занимаемой должности

   ОТВЕТ: A

10. В соответствии с положениями ТК РФ и судебной практикой по трудовым спорам, уменьшение (невыплата) премии…
    A) не относится к дисциплинарным взысканиям и может применяться независимо от привлечения к дисциплинарной ответственности
    B) относится к дисциплинарным взысканиям
    C) может применяться только вместе с привлечением к дисциплинарной ответственности
    D) не относится к дисциплинарным взысканиям и может применяться

    ОТВЕТ: A

11. По общему правилу ст. 193 ТК РФ дисциплинарное взыскание не может быть применено позднее _____ со дня совершения проступка
    A) шести месяцев
    B) трех месяцев
    C) одного года
    D) двух лет

    ОТВЕТ: A

12. Увольнение работников, являющихся членами профсоюза, по основанию, предусмотренному п. 5 ч. 1 ст. 81 ТК РФ (неоднократное неисполнение работником без уважительных причин трудовых обязанностей, если он имеет дисциплинарное взыскание) производится…
    A) с учетом мотивированного мнения выборного органа первичной профсоюзной организации
    B) только по решению суда
    C) только по решению государственной инспекции труда
    D) с учетом мотивированного мнения непосредственного начальника данного работника

    ОТВЕТ: A

13. К неисполнению или ненадлежащему исполнению работником трудовых обязанностей без уважительных причин относится нарушение требований, содержащихся…
    A) во всех перечисленных источниках

B) в трудовом договоре
C) в должностных инструкциях
D) в действующем законодательстве

ОТВЕТ: A

14. В соответствии со ст. 81 ТК РФ однократным грубым нарушением трудовых обязанностей является…
    A) прогул
    B) нарушение правил внутреннего распорядка
    C) опоздание на работу
    D) несоответствие работника занимаемой должности или выполняемой работе вследствие недостаточной квалификации, подтвержденной результатами аттестации

    ОТВЕТ: A

15. В соответствии со ст. 81 ТК РФ однократным грубым нарушением трудовых обязанностей является…
    A) появления работника на работе в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения
    B) нарушение правил внутреннего распорядка
    C) опоздание на работу
    D) несоответствие работника занимаемой должности или выполняемой работе вследствие недостаточной квалификации, подтвержденной результатами аттестации

    ОТВЕТ: A

16. В соответствии со ст. 81 ТК РФ однократным грубым нарушением трудовых обязанностей является…
    A) разглашение персональных данных другого работника
    B) несоответствие работника занимаемой должности или выполняемой работе вследствие недостаточной квалификации, подтвержденной результатами аттестации
    C) несоблюдение должностной инструкции
    D) опоздание на работу

    ОТВЕТ: A

17. В соответствии со ст. 81 ТК РФ однократным грубым нарушением трудовых обязанностей является…
    A) разглашения охраняемой законом тайны, ставшей известной работнику в связи с исполнением им трудовых обязанностей
    B) несоответствие работника занимаемой должности или выполняемой работе вследствие недостаточной квалификации, подтвержденной результатами аттестации
    C) несоблюдение должностной инструкции
    D) нарушение правил внутреннего распорядка

    ОТВЕТ: A

18. При привлечении работника к дисциплинарной ответственности днем обнаружения проступка считается день, когда…
    A) лицу, которому по работе (службе) подчинен работник, стало известно о совершении проступка, независимо от того, наделено ли оно правом наложения дисциплинарных взысканий

B) работник предоставил работодателю письменное объяснение
C) лицу, наделенному правом наложения дисциплинарных взысканий, стало известно о совершении проступка
D) данный проступок был совершен, независимо от того, когда работодателю стало известно о нем

ОТВЕТ: A

19. По общему правилу ст. 193 ТК РФ дисциплинарное взыскание применяется не позднее _____ со дня обнаружения проступка, не считая времени болезни работника, пребывания его в отпуске, а также времени, необходимого на учет мнения представительного органа работников
A) одного месяца
B) трех месяцев
C) шести месяцев
D) одного года

ОТВЕТ: A

20. По общему правилу ст. 193 ТК РФ в срок, отводимый для применения дисциплинарного взыскания, не включается…
A) время пребывания работника в отпуске
B) время, необходимое для представления работником письменного объяснения
C) время, необходимое для оформления приказа о применении дисциплинарного взыскания
D) время пребывания работника на рабочем месте

ОТВЕТ: A

21. По общему правилу ст. 193 ТК РФ в срок, отводимый для применения дисциплинарного взыскания, не включается…
A) время болезни работника
B) время, необходимое для представления работником письменного объяснения
C) время, необходимое для оформления приказа о применении дисциплинарного взыскания
D) время пребывания работника на рабочем месте

ОТВЕТ: A

22. По общему правилу ст. 193 ТК РФ в срок, отводимый для применения дисциплинарного взыскания, не включается…
A) время, необходимое на учет мнения представительного органа работников
B) время, необходимое для представления работником письменного объяснения
C) время, необходимое для оформления приказа о применении дисциплинарного взыскания
D) время пребывания работника на рабочем месте

ОТВЕТ: A

23. Приказ (распоряжение) работодателя о применении дисциплинарного взыскания объявляется работнику под роспись в течение _____ со дня его издания, не считая времени отсутствия работника на работе
A) трех рабочих дней
B) пяти рабочих дней

C) десяти рабочих дней
D) тридцати рабочих дней

ОТВЕТ: A

24. Дисциплинарная ответственность медицинского работника наступает…
    A) за совершение медицинским работником дисциплинарного проступка
    B) за умышленное совершение медицинским работником дисциплинарного проступка
    C) только за совершение медицинским работником административного правонарушения или преступления
    D) только за совершение медицинским работником дисциплинарного проступка по неосторожности

ОТВЕТ: A

25. В соответствии со ст. 193 ТК РФ, максимальный срок, в течение которого можно применить к работнику дисциплинарное взыскание (при условии, что оно не применяется по результатам ревизии, проверки финансово-хозяйственной деятельности или аудиторской проверки), составляет _____ со дня совершения проступка работником
    A) шесть месяцев
    B) три месяца
    C) один год
    D) восемнадцать месяцев

ОТВЕТ: A

26. Право на использование отпуска за первый год работы возникает у работника по истечении:
    A) шести месяцев его непрерывной работы в данной организации;
    B) десяти месяцев его непрерывной работы в данной организации;
    C) двенадцати месяцев его непрерывной работы в данной организации.
    D) трех месяцев его непрерывной работы в данной организации

ОТВЕТ: A

27. Предоставление отпуска без сохранения заработной платы определяется соглашением между работодателем и работником в следующих случаях:
    A) наличия любых уважительных причин у работника
    B) письменного обращения работающего пенсионера
    C) регистрации брака работником
    D) смерти близких родственников работника

ОТВЕТ: A

28. Отпуск без сохранения заработной платы на основании письменного заявления работника предоставляется до 60 календарных дней в году:
    A) работающим инвалидам, обратившимся к работодателю с письменным заявлением
    B) работающим пенсионерам по старости (по возрасту),
    C) любым работникам, обратившимся к работодателю с письменным заявлением
    D) любым работникам, в случае смерти близкого родственника

ОТВЕТ: A

29. Предоставление работнику отпуска без сохранения заработной платы является

обязанностью работодателя в следующих случаях:

A) работник является работающим инвалидом и имеет подтверждающие его статус документы
B) работник является ветераном труда и имеет подтверждающие его статус документы
C) работник признан лицом, пострадавшим от несчастного случая на производстве
D) работник увольняется, в связи с достижением пенсионного возраста

ОТВЕТ: A

30. Отпуск без сохранения заработной платы на основании письменного заявления работника предоставляется длительностью до 5 дней:

A) работникам, в случае рождения ребенка
B) работающим женщинам для осуществления ухода за детьми
C) любым работникам, подавшим заявление работодателю, без указания причин его предоставления
D) родителям военнослужащих сотрудников органов внутренних дел, федеральной противопожарной службы, таможенных органов, сотрудников учреждений и органов уголовно-исполнительной системы, органов принудительного исполнения, - в случае их гибели

ОТВЕТ: A

31. Работник вправе получить вместо отпуска денежную компенсацию, в следующих случаях:

A) увольнения работника, за все неиспользованные отпуска.
B) занятости работника на работах с вредными и (или) опасными условиями труда
C) в любых случаях по письменному заявлению работника
D) в случае переноса ежегодного отпуска на срок, превышающий 2 года

ОТВЕТ: A

32. Перенос отпуска на следующий рабочий год:

A) допускается с согласия работника в исключительных случаях, когда такой перенос обусловлен производственной необходимостью
B) не допускается
C) допускается по решению руководителя организации (подразделения), в связи с производственной необходимостью
D) допускается по соглашению сторон, с выплатой денежной компенсации

ОТВЕТ: A

33. Непредоставление ежегодного оплачиваемого отпуска в течение двух лет подряд:

A) запрещено ТК РФ
B) разрешено ТК РФ, если стороны трудового договора достигли соглашения
C) разрешено, если этого требует производственная необходимость
D) разрешено, если это связано с отказом от отпуска самого работника

ОТВЕТ: A

34. Ежегодный оплачиваемый отпуск должен быть продлен соглашению сторон трудового договора в случаях:

A) временной нетрудоспособности работника
B) перевода работника из режима неполной (частичной), на полную занятость
C) в случае смерти в отпуске близкого родственника

D) в случае любых уважительных причин

ОТВЕТ: A

35. Дисциплинарная ответственность медицинского работника состоит в…
    A) наложении на него дисциплинарного взыскания
    B) применении к нему мер воспитательного характера
    C) наложении на него обязанности по возмещению причиненного материального вреда
    D) применении к нему ограничительных мер административного характера

ОТВЕТ: A

36. Ежегодный оплачиваемый отпуск по соглашению сторон трудового договора может быть разделен на части, каждая из которых составляет:
    A) не менее 14 календарных дней
    B) не менее 14 рабочих дней
    C) не более 14 календарных дней
    D) не более 14 рабочих дней

ОТВЕТ: A

37. Отпуск работника может быть прерван в связи с производственной необходимостью при условии:
    A) добровольного согласия работника
    B) письменного распоряжения работодателя
    C) решения коллективного органа
    D) решения публичного органа власти

ОТВЕТ: A

38. Работник может быть отозван из ежегодного оплачиваемого отпуска только в том случае, когда срок его течения составляет:
    A) не менее 14 календарных дней
    B) не менее 14 рабочих дней
    C) не менее 7 календарных дней
    D) не менее 7 рабочих дней

ОТВЕТ: A

39. Замена работнику ежегодного оплачиваемого отпуска денежной компенсацией:
    A) допускается по письменному заявлению работника в части, превышающей 28 календарных дней
    B) не допускается
    C) допускается по письменному заявлению работника в части, превышающей 14 календарных дней
    D) допускается по письменному заявлению работника в части, превышающей 28 рабочих дней

ОТВЕТ: A

40. Время начала отпуска работника доводится до его сведения под роспись:
    A) не позднее, чем за две недели до его начала
    B) не позднее, чем за две недели до нового календарного года
    C) не позднее, чем за два месяца до его начала
    D) не позднее, чем за две недели с момента согласования графика отпусков

ОТВЕТ: A

41. Очередность предоставления оплачиваемых отпусков определяется ежегодно:
    A) не позднее, чем за две недели до наступления календарного года
    B) не позднее, чем за две недели до начала его течения
    C) не позднее, чем за две недели до окончания календарного года
    D) не позднее, чем за неделю до начала его течения

    ОТВЕТ: A

42. Предоставление ежегодного оплачиваемого отпуска работнику за первый год работы, до истечения шести месяцев:
    A) допускается по соглашению сторон
    B) не допускается законом
    C) допускается, если работа связана с вредными и (или) опасными условиями труда
    D) допускается, если работник имеет группу инвалидности

    ОТВЕТ: A

43. В стаж работы, дающий право на ежегодный основной оплачиваемый отпуск, включаются:
    A) время предоставляемых по просьбе работника отпусков без сохранения заработной платы, не превышающее 14 календарных дней в течение рабочего года
    B) время отпусков по уходу за ребенком до достижения им установленного законом возраста
    C) время отсутствия работника на работе без уважительных причин
    D) период отстранения от работы работника, не прошедшего обязательный медицинский осмотр по своей вине

    ОТВЕТ: A

44. Ежегодный основной оплачиваемый отпуск предоставляется работникам продолжительностью:
    A) 28 календарных дней.
    B) 28 рабочих дней
    C) 14 календарных дней
    D) 14 рабочих дней

    ОТВЕТ: A

45. Работодатель обязан предоставить отпуск по заявлению работника до истечения шести месяцев непрерывной работы следующим категориям работников:
    A) работающим женщинам - перед отпуском по беременности и родам или непосредственно после него
    B) работникам, которые впервые заключают трудовой договор и не имеют трудовой книжки 3.работникам, усыновившим ребенка (детей) в возрасте до 1 года
    C) работникам, осуществляющим уход за родственником, достигшим возраста 80 лет

    ОТВЕТ: A

46. Противоправным и влекущим дисциплинарную ответственность поступком медицинского работника не является…
    A) отказ работника от перевода на другую работу, которая противопоказана ему по состоянию здоровья
    B) отказ от исполнения законного распоряжения работодателя (его

представителя)
C) несоблюдение правил работы на соответствующем оборудовании
D) несоблюдение правил хранения лекарственных средств
ОТВЕТ: A

47. Продолжительность рабочего времени медицинских работников составляет:
A) не более 39 часов в неделю
B) не более 40 часов в неделю
C) не менее 22 часов в неделю
D) не менее 39 часов в неделю
ОТВЕТ: A

48. 36-часовая рабочая неделя устанавливается медицинским работникам следующих специальностей:
A) врачам эпидемиологам, вирусологам, врачам-дезинфектологам, врачам бактериологам
B) врачам стоматологам, врачам стоматологам ортопедам, врачам стоматологам терапевтам
C) врачам судебно-медицинским экспертам
D) врачам патологоанатомам
ОТВЕТ: A

49. 33-часовая рабочая неделя устанавливается медицинским работникам следующих специальностей:
A) врачам – стоматологам, врачам стоматологам-ортопедам, врачам стоматологам-ортодонтам, врачам стоматологам-терапевтам
B) врачам рентгенологам
C) врачам патологоанатомам
D) врачам инфекционистам
ОТВЕТ: A

50. 30-часовая рабочая неделя устанавливается медицинским работникам следующих специальностей:
A) врачам судебно-медицинским экспертам
B) врачам амбулаторного профиля
C) врачам скорой помощи
D) врачам инфекционистам
ОТВЕТ: A

51. 24-часовая рабочая неделя устанавливается медицинским работникам следующих специальностей:
A) работникам, непосредственно осуществляющим гамма-терапию и экспериментальное гамма-облучение гамма-препаратами в радиоманипуляционных кабинетах и лабораториях.
B) врачам инфекционистам
C) врачам эпидемиологам
D) врачам судебно-медицинским экспертам
ОТВЕТ: A

52. Ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск медицинским работникам, непосредственно участвующим в оказании психиатрической помощи, установлен
A) продолжительностью 35 календарных дней

B) продолжительностью 14 рабочих дней
C) продолжительностью 28 календарных дней
D) продолжительностью 21 календарных дней

ОТВЕТ: A

53. Ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск медицинским работникам, непосредственно участвующим в оказании противотуберкулезной помощи, установлен:
A) продолжительностью 14 рабочих дней
B) продолжительностью 35 календарных дней
C) продолжительностью 28 календарных дней
D) продолжительностью 21 календарных дней

ОТВЕТ: A

54. Ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск медицинским работникам, осуществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, установлен:
A) продолжительностью 14 рабочих дней
B) продолжительностью 35 календарных дней
C) продолжительностью 28 календарных дней
D) продолжительностью 21 календарных дней

ОТВЕТ: A

55. Продолжительность работы по совместительству у медицинских работников в течение месяца, по каждому трудовому договору не может превышать:
A) половины месячной нормы рабочего времени, исчисленной из установленной продолжительности рабочей недели
B) 12 часов в неделю
C) 10 часов в неделю
D) 4 часа в неделю

ОТВЕТ: A

56. Ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск предоставляется следующим работникам:
A) работа которых по результатам специальной оценки условий труда отнесена к вредным условиям труда 2, 3 или 4 степени либо опасным условиям труда
B) работа которых по результатам специальной оценки условий труда отнесена к вредным условиям труда 1 или 2 степени либо опасным условиям труда
C) работа которых связана с оказанием медицинской помощи, для всех медицинских специальностей
D) работа которых связана с установлением работодателем степени опасности

ОТВЕТ: A

57. Противоправным и влекущим дисциплинарную ответственность поступком медицинского работника не является…
A) приостановка работы в случае задержки выплаты заработной платы на срок более 15 дней, если об этой приостановке работник письменно предупредил работодателя
B) несоблюдение правил хранения лекарственных средств
C) отказ от исполнения законного распоряжения работодателя (его представителя)
D) несоблюдение правил работы на соответствующем оборудовании

ОТВЕТ: A

58. Минимальная продолжительность дополнительного оплачиваемого отпуска работникам, занятым на работах с вредными или опасными условиями труда составляет:
    A) 7 календарных дней
    B) 7 рабочих дней
    C) 3 календарных дня
    D) 3 рабочих дня

    ОТВЕТ: A

59. Трудовой договор может быть расторгнут по соглашению сторон ...
    A) в любое время
    B) в течении пяти месяцев
    C) в течении четырех лет
    D) в течении десяти лет

    ОТВЕТ: A

60. Срочный трудовой договор прекращается...
    A) с истечением срока его действия
    B) с истечением срока давности
    C) с истечением пяти месяцев
    D) с истечением десяти лет

    ОТВЕТ: A

61. О прекращении трудового договора в связи с истечением срока его действия работник должен быть предупрежден...
    A) в письменной форме не менее чем за три календарных дня до увольнения, за исключением случаев, когда истекает срок действия срочного трудового договора, заключенного на время исполнения обязанностей отсутствующего работника
    B) в устной форме
    C) в сообщении на электронном носителе
    D) в устной форме на собрании трудового коллектива

    ОТВЕТ: A

62. Трудовой договор, заключенный на время исполнения обязанностей отсутствующего работника...
    A) прекращается с выходом этого работника на работу
    B) прекращается с момента оформления работником листа нетрудоспособности
    C) прекращается с выхода работника в очередной отпуск
    D) прекращается с момента наступления квартальной отчетности

    ОТВЕТ: A

63. Работник имеет право расторгнуть трудовой договор...
    A) предупредив об этом работодателя в письменной форме не позднее чем за две недели
    B) предупредив об этом работодателя в устной форме
    C) не предупреждая об этом работодателя
    D) предупредив об этом коллег в устной форме

    ОТВЕТ: A

64. По соглашению между работником и работодателем, трудовой договор может быть

расторгнут...

A) и до истечения срока предупреждения об увольнении
B) и до истечения срока подачи квартальной отчетности
C) и до истечения срока окончания очередного отпуска
D) и до истечения срока окончания служебной командировки

ОТВЕТ: A

65. До истечения срока предупреждения об увольнении работник имеет право в любое время...

A) отозвать свое заявление
B) прекратить работу
C) забрать трудовую книжку
D) прекратить работу и переехать в другой город

ОТВЕТ: A

66. По истечении срока предупреждения об увольнении, работник имеет право...

A) прекратить работу
B) оформить лист нетрудоспособности
C) оформить очередной оплачиваемый отпуск
D) оформить очередной неоплачиваемый отпуск

ОТВЕТ: A

67. В последний день работы работодатель обязан ...

A) выдать работнику трудовую книжку, другие документы, связанные с работой и произвести с ним окончательный расчет
B) произвести окончательный расчет
C) выдать трудовую книжку
D) выдать документы, связанные с его образованием и повышением квалификации

ОТВЕТ: A

68. Статьей 192 ТК РФ предусмотрен исчерпывающий перечень дисциплинарных взысканий, которые могут быть применены к медицинским работникам, к числу которых не относится…

A) штраф
B) замечание
C) выговор
D) увольнение по соответствующим основаниям

ОТВЕТ: A

69. Если по истечении срока предупреждения об увольнении трудовой договор не был расторгнут, и работник не настаивает на увольнении, то...

A) действие трудового договора продолжается
B) действие трудового договора прекращается
C) действие трудового договора приостанавливается на шесть месяцев
D) действие трудового договора приостанавливается до решения суда

ОТВЕТ: A

70. Трудовой договор может быть расторгнут работодателем в случае...

A) ликвидации предприятия
B) наступления квартальной отчетности
C) ведомственной проверки

D) внеочередной проверки

ОТВЕТ: A

71. Трудовой договор может быть расторгнут работодателем в случае...
A) сокращения численности или штата работников
B) изменения состава соучредителей предприятия
C) изменения профильной деятельности предприятия
D) переименования предприятия

ОТВЕТ: A

72. Трудовой договор может быть расторгнут работодателем в случае...
A) несоответствия работника занимаемой должности или выполняемой работе вследствие недостаточной квалификации, подтвержденной результатами аттестации
B) не своевременной подачи работником документов о прохождении повышения квалификации
C) не своевременной подачи работником сведений о получении загранпаспорта
D) не своевременной подачи работником сведений о изменении своего семейного положения

ОТВЕТ: A

73. Трудовой договор может быть расторгнут работодателем в случае...
A) неоднократного невыполнения работником без уважительных причин трудовых обязанностей, если он имеет дисциплинарные взыскания
B) однократного частичного невыполнения работником трудовых обязанностей
C) совершения работником однократного дисциплинарного проступка
D) оформления работником отпуска за свой счет (без содержания)

ОТВЕТ: A

74. Трудовой договор может быть расторгнут работодателем в случае...
A) однократного грубого нарушения работником трудовых обязанностей (прогула, а также отсутствия на рабочем месте без уважительных причин более четырех часов подряд в течение рабочего дня
B) однократного частичного невыполнения работником своих трудовых обязанностей
C) оформления работником очередного отпуска
D) однократного дисциплинарного проступка

ОТВЕТ: A

75. Трудовой договор может быть расторгнут работодателем в случае...
A) появления работника на работе в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения
B) появления работника на работе в «день донора» после сдачи крови
C) появления работника на работе после прохождения плановой диспансеризации
D) проявления работника на работе после плановой сдачи анализов

ОТВЕТ: A

76. Трудовой договор может быть расторгнут работодателем в случае...
A) разглашения охраняемой законом тайны, ставшей известной работнику в связи с исполнением им трудовых обязанностей, в том числе разглашения

персональных данных другого работника (пациента)
B) разглашения сотрудником информации доверенному лицу (родителю, опекуну) о состоянии здоровья пациента
C) размещение сотрудником информации о диагнозе пациента на сайте его медицинской страховой компании
D) разглашение сотрудником информации о диагнозе и состоянии здоровья пациента зав. отделения

ОТВЕТ: A

77. В соответствии со ст.82 ТК РФ, предусмотрено обязательное участие в рассмотрении вопросов, связанных с расторжением трудового договора по инициативе работодателя...
A) органа первичной профсоюзной организации
B) органов местного самоуправления
C) органов муниципалитета
D) органов исполнительной власти

ОТВЕТ: A

78. Трудовой договор подлежит прекращению, не зависимо от воли сторон, в случае...
A) неизбрания работника на должность
B) неизбрания работника в органы местного самоуправления
C) неизбрания работника в органы исполнительной власти
D) неизбрания работника в органы законодательной власти

ОТВЕТ: A

79. Недобросовестное (небрежное) ведение карт амбулаторного (стационарного) больного…
A) является ненадлежащим исполнением трудовых обязанностей в сфере медицинской деятельности
B) не является ненадлежащим исполнением трудовых обязанностей в сфере медицинской деятельности
C) может быть признано судом ненадлежащим исполнением трудовых обязанностей в сфере медицинской деятельности
D) может быть признано Минздравом и его территориальными органами ненадлежащим исполнением трудовых обязанностей в сфере медицинской деятельности

ОТВЕТ: A

80. Трудовой договор подлежит прекращению, не зависимо от воли сторон, в случае...
A) осуждения работника к наказанию, исключающему продолжение прежней работы, в соответствии с приговором суда, вступившим в законную силу
B) осуждения работника отдельными членами трудового коллектива
C) осуждение деятельности работника доверенным лицом пациента
D) осуждение деятельности работника сотрудником охранного предприятия медицинского учреждения

ОТВЕТ: A

81. Трудовой договор подлежит прекращению, не зависимо от воли сторон, в случае...
A) дисквалификации или иного административного наказания, исключающее возможность исполнения работником обязанностей по трудовому договору
B) административного наказания, не исключающего возможность исполнять работником обязанности по трудовому договору

C) дисциплинарного наказания, не исключающего возможности исполнять работником обязанности по трудовому договору
D) дисциплинарного проступка работника

ОТВЕТ: A

82. Трудовой договор прекращается, если его заключение противоречит...
A) приговору суда о лишении конкретного лица права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью
B) решению собрания отдельных сотрудников
C) распоряжению администрации
D) рекомендациям комиссии по трудовым спорам

ОТВЕТ: A

83. Трудовой договор прекращается, если он предусматривает выполнение работы, противопоказанной данному работнику...
A) по состоянию здоровья в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами РФ
B) по его вероисповеданию
C) по его идеологическим представлениям
D) по его семейному положению или психосоматическому (посттравматическому) состоянию

ОТВЕТ: A

84. Трудовой договор прекращается, если выявлено...
A) отсутствие у работника соответствующего документа об образовании (квалификации), и выполнение работы требует специальных знаний
B) не своевременное предоставление работником сведений о прохождении курсов переподготовки
C) отсутствие у работника документа о своевременном прохождении диспансеризации
D) не своевременное предоставление работником сведений о прохождении аккредитации

ОТВЕТ: A

85. Трудовой договор прекращается, если выявлено что его заключение нарушает...
A) постановление судьи, органа, должностного лица, уполномоченных рассматривать дела об административных правонарушениях, о дисквалификации или ином административном наказании, исключающем возможность исполнения работником обязанностей по трудовому договору.
B) распоряжение администрации
C) решение собрания отдельных сотрудников
D) рекомендациям комиссии по трудовым спорам

ОТВЕТ: A

86. Прекращение трудового договора оформляется...
A) приказом (распоряжением) работодателя
B) решением собрания трудового коллектива
C) устным распоряжением работодателя
D) расчетными выплатами работнику

ОТВЕТ: A

87. С приказом о прекращении трудового договора работник должен быть ознакомлен...
    A) под роспись
    B) через сообщение в электронном носителе
    C) в устной форме на общем собрании трудового коллектива
    D) в устной форме
    ОТВЕТ: A

88. Днем прекращения трудового договора во всех случаях является...
    A) последний день работы, за исключением случаев, когда работник фактически не работал, но за ним, сохранялось место работы (должность)
    B) последний день выхода из очередного отпуска
    C) последний день прохождения работником диспансеризации
    D) последний день прохождения работником курса повышения квалификации
    ОТВЕТ: A

89. Запись в трудовую книжку и внесение информации в сведения о трудовой деятельности (основания и причины прекращения трудового договора) должны производиться со ссылкой на...
    A) соответствующие статью, часть статьи, пункт статьи ТК РФ или иного федерального закона
    B) соответствующие нормативно-правовые акты
    C) соответствующие постановления органов местного самоуправления
    D) соответствующие распоряжения администрации предприятия
    ОТВЕТ: A

90. Согласно ч. 2 ст. 193 ТК РФ непредставление медицинским работником объяснения…
    A) не является препятствием для применения дисциплинарного взыскания
    B) препятствует применению дисциплинарного взыскания
    C) не препятствует применению дисциплинарного взыскания, если дисциплинарный проступок совершен умышленно
    D) препятствует применению дисциплинарного взыскания, если дисциплинарный проступок совершен по неосторожности
    ОТВЕТ: A

91. Общие основания прекращения трудового договора регулируются положениями...
    A) ст. 77 Трудового кодекса РФ
    B) ст. 54 Гражданского кодекса РФ
    C) ст. 32 Жилищного кодекса РФ
    D) ст. 45 Семейного кодекса РФ
    ОТВЕТ: A

92. К числу основных принципов социального партнерства в сфере трудовых отношений в соответствии с ТК РФ не относится:
    A) приоритет интересов работодателя
    B) уважение и учет интересов сторон
    C) заинтересованность сторон в участии в договорных отношениях;
    D) содействие государства в укреплении и развитии социального партнерства на демократической основе
    ОТВЕТ: A

93. К числу основных принципов социального партнерства в сфере трудовых отношений в соответствии с ТК РФ не относится:
    A) декларативный характер обязательств, принимаемых на себя сторонами
    B) содействие государства в укреплении и развитии социального партнерства на демократической основе
    C) соблюдение сторонами и их представителями трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права
    D) свобода выбора при обсуждении вопросов, входящих в сферу труда

    ОТВЕТ: A

94. Правовой акт, регулирующий социально-трудовые отношения в организации или у индивидуального предпринимателя и заключаемый работниками и работодателем в лице их представителей, называется…
    A) коллективный договор
    B) локальный нормативный акт
    C) правила внутреннего распорядка
    D) должностная инструкция

    ОТВЕТ: A

95. Трудовые договоры могут заключаться на определенный срок не более…
    A) пяти лет, если иной срок не установлен настоящим Кодексом и иными федеральными законами
    B) трех лет
    C) одного года
    D) пяти лет, если иной срок не установлен коллективным соглашением

    ОТВЕТ: A

96. Продолжительность работы по совместительству медицинских и фармацевтических работников в течение месяца по каждому трудовому договору не может превышать…
    A) половины месячной нормы рабочего времени, исчисленной из установленной продолжительности рабочей недели
    B) месячной нормы рабочего времени, исчисленной из установленной продолжительности рабочей недели
    C) 20 рабочих часов в неделю
    D) 10 рабочих часов в неделю

    ОТВЕТ: A

97. Продолжительность работы по совместительству младшего медицинского и фармацевтического персонала по каждому трудовому договору не может превышать…
    A) месячной нормы рабочего времени, исчисленной из установленной продолжительности рабочей недели;
    B) половины месячной нормы рабочего времени, исчисленной из установленной продолжительности рабочей недели
    C) 20 рабочих часов в неделю
    D) 10 рабочих часов в неделю

    ОТВЕТ: A

98. Особый режим работы, в соответствии с которым отдельные работники могут по распоряжению работодателя при необходимости эпизодически привлекаться к выполнению своих трудовых функций за пределами установленной для них

продолжительности рабочего времени, называется…

A) ненормированный рабочий день
B) сверхурочная работа
C) работа по совместительству
D) заемная работа

ОТВЕТ: A

99. Продолжительность еженедельного непрерывного отдыха работника не может быть менее…

A) 42 часов
B) 48 часов
C) 36 часов
D) 24 часов

ОТВЕТ: A

100. Нерабочим праздничным днем в Российской Федерации не является…

A) 12 декабря – День Конституции
B) 12 июня - День России
C) 23 февраля - День защитника Отечества
D) 4 ноября - День народного единства

ОТВЕТ: A

Тема 7 - Уголовная ответственность за профессиональные и должностные преступления

1. В соответствии с Конституцией Российской Федерации уголовное законодательство является…

A) федеральным, его принятие относится к исключительной компетенции Российской Федерации.
B) федеральным, но его принятие и разработка относятся к совместному ведения федерации и субъектов
C) федеральным, но его принятие и разработка относятся к исключительному ведению субъектов
D) региональным

ОТВЕТ: A

2. В зависимости от формы вины преступления могут быть…

A) умышленные и неосторожные
B) небольшой тяжести, средней тяжести, тяжкие и особо тяжкие
C) против личности и простив здоровья
D) действия и бездействия

ОТВЕТ: A

3. В соответствии с частью 1 статьи 293 УК РФ халатность предусматривает максимальное наказание в виде…

A) ареста на срок до 3 месяцев
B) штрафа в размере до 120 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 1 года
C) обязательных работ на срок до 360 часов
D) исправительных работ на срок до 1 года

ОТВЕТ: A

4. Лицо, осужденное за совершение преступления, считается судимым…
   A) со дня вступления обвинительного приговора суда в законную силу до момента погашения или снятия судимости
   B) со дня вступления обвинительного приговора суда в законную силу до момента освобождения из-под стражи
   C) со дня заключения под стражу до момента погашения или снятия судимости
   D) со дня вступления обвинительного приговора суда в законную силу до выплаты компенсации

   ОТВЕТ: A

5. При рецидиве преступлений и назначении наказания судимость…
   A) учитывается
   B) не учитывается
   C) может учитываться по решению суда
   D) может учитываться по решению потерпевшего

   ОТВЕТ: A

6. Лицо, освобожденное от наказания, считается…
   A) несудимым
   B) судимым
   C) невиновным
   D) виновным

   ОТВЕТ: A

7. Если осужденный после отбытия наказания вел себя безупречно, а также возместил вред, причиненный преступлением, то по его ходатайству суд…
   A) может снять с него судимость до истечения срока погашения судимости
   B) не может снять с него судимость до истечения срока погашения судимости
   C) может снять с него судимость с момента привлечения к ответственности
   D) не может снять с него судимость никогда

   ОТВЕТ: A

8. Наказание – это…
   A) мера государственного принуждения, назначаемая по приговору суда
   B) мера государственного принуждения, назначаемая по решению прокуратуры
   C) мера государственного принуждения, назначаемая по решению Президента
   D) мера государственного принуждения, назначаемая по решению главы Следственного Комитета

   ОТВЕТ: A

9. В соответствии с частью 1 статьей 14 Уголовного Кодекса Российской Федерации (далее – УК РФ) преступление – это…
   A) виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное УК РФ под угрозой наказания.
   B) виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное УК РФ и Кодексом об административных правонарушениях
   C) виновно совершенно общественно опасное деяние, запрещенное Конституцией Российской Федерации
   D) виновно совершенно деяние, общественная опасность которого пока не установлена

ОТВЕТ: А

10. К основным признакам преступления относятся…
    A) деяние (действие или бездействие), общественная опасность, противоправность, виновность, наказуемость
    B) деяние (действие или бездействие), общественная опасность, противоправность, виновность
    C) только наказуемость в соответствии с УК РФ
    D) преступление может быть только целенаправленное действие лица

ОТВЕТ: А

11. Состав преступления включает в себя обязательные элементы, а именно…
    A) объект, объективная сторона, субъект, субъективная сторона
    B) объект, объективная сторона, субъект, презумпция невиновности
    C) объект и субъект
    D) потерпевший и преступник

ОТВЕТ: А

12. В соответствии со статьей 2 УК РФ к объекту преступления можно отнести…
    A) интересы, охраняемые уголовным законом
    B) только права и свободы человека и гражданина
    C) международные преступления
    D) презумпцию невиновности

ОТВЕТ: А

13. Уголовный Кодекс Российской Федерации (далее – УК РФ) состоит из…
    A) общей части и особенной части
    B) теоретической части и практической части
    C) общей части, особенной части и добавочной части
    D) общей части и добавочной части

ОТВЕТ: А

14. Вред, причиненный здоровью человека, может быть…
    A) особо тяжким, тяжким, средней тяжести и небольшой тяжести
    B) с причинением смерти и без причинения смерти
    C) соразмерным и несоразмерным
    D) очень тяжким, тяжким, средней тяжести и легким

ОТВЕТ: А

15. Причинно-следственная связь в уголовном праве – это…
    A) объективно существующая связь между преступным деянием и наступившими общественно опасными последствиями, наличие которой является обязательным условием для привлечения лица к уголовной ответственности
    B) объективно существующая связь между преступным деянием и наступившими общественно опасными последствиями, наличие которой не является обязательным условием для привлечения лица к уголовной ответственности
    C) объективно существующая связь между преступным деянием и наступившими общественно опасными последствиями, наличие которой может являться обязательным условием для привлечения лица к уголовной ответственности

D) объективно существующая связь между преступным деянием и наступившими общественно опасными последствиями, наличие которой является обязательным условием для отказа в привлечении лица к уголовной ответственности

ОТВЕТ: A

16. Субъект преступления – это лицо, совершившее преступление, обладающее такими обязательными признаками как…
    A) физическое лицо, вменяемое лицо, достигшее 16 – летнего возраста (ч.2,3 ст.20 – 14 лет)
    B) физическое лицо, вменяемое лицо, достигшее 12 – летнего возраста
    C) физическое лицо, вменяемое лицо
    D) физическое лицо, достигшее 16 – летнего возраста (ч.2,3 ст.20 – 14 лет)

    ОТВЕТ: A

17. Специальный субъект преступления – это…
    A) лицо, обладающее конкретными особенностями (медицинский работник, должностное лицо)
    B) лицо, привлеченное повторно за совершение преступления
    C) лицо, которое принимало соучастие в совершении преступления
    D) лицо, которое не было призвано виновным

    ОТВЕТ: A

18. Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое…
    A) во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости
    B) во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии алкогольного опьянения
    C) во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии наркотического опьянения
    D) во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии аффекта

    ОТВЕТ: A

19. Невменяемость представляет собой состояние, при котором…
    A) лицо не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими
    B) лицо осознавало фактический характер и общественную опасность своих действий, но не могло руководить ими
    C) лицо не осознавало общественную опасность
    D) лицо находилось в состоянии алкогольного или наркотического опьянения

    ОТВЕТ: A

20. Признание лица невменяемым говорит о том, что оно не могло руководить своими действиями вследствие…
    A) хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия или болезненного состояния психики
    B) наличия состояния аффекта
    C) не достижения 18 – летнего возраста
    D) не достижения 16 – летнего возраста

    ОТВЕТ: A

21. В соответствии со статьей 21 УК РФ лицу, совершившему предусмотренное уголовным законом общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, судом могут быть назначены…
    A) принудительные меры медицинского характера
    B) смягчающие обстоятельства
    C) отягчающие обстоятельства
    D) освобождение от наказания

    ОТВЕТ: A

22. Субъективная сторона преступления выражается в определении…
    A) вины
    B) субъекта
    C) объекта
    D) смягчающих или отягчающих обстоятельствах

    ОТВЕТ: A

23. Прямой умысел означает, что…
    A) лицо осознавало общественную опасность своих действий (бездействия), предвидело возможность наступления общественно опасных последствий и желало их наступления
    B) лицо осознавало общественную опасность своих действий (бездействия), предвидело возможность наступления общественно опасных последствий, НЕ желало, но сознательно допускало эти последствия либо относилось к ним безразлично
    C) лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), НО без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение этих последствий
    D) лицо НЕ предвидело возможности наступления последствий, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло их предвидеть

    ОТВЕТ: A

24. Преступность и наказуемость деяния определяются уголовным законом…
    A) действовавшим во время совершения этого деяния, независимо от времени наступления последствий
    B) действовавшим во время совершения этого деяния, в зависимости от времени наступления последствий.
    C) действовавшим во время судебного разбирательства
    D) действовавшим во время совершения этого аналогичного деяния, независимо от времени наступления последствий.

    ОТВЕТ: A

25. Косвенный умысел означает, что…
    A) лицо осознавало общественную опасность своих действий (бездействия), предвидело возможность наступления общественно опасных последствий, НЕ желало, но сознательно допускало эти последствия либо относилось к ним безразлично
    B) лицо осознавало общественную опасность своих действий (бездействия), предвидело возможность наступления общественно опасных последствий и желало их наступления
    C) лицо предвидело возможность наступления общественно опасных

последствий своих действий (бездействия), НО без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение этих последствий

D) лицо НЕ предвидело возможности наступления последствий, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло их предвидеть

ОТВЕТ: А

26. Легкомыслие означает, что…

A) лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), НО без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение этих последствий

B) лицо осознавало общественную опасность своих действий (бездействия), предвидело возможность наступления общественно опасных последствий, НЕ желало, но сознательно допускало эти последствия либо относилось к ним безразлично

C) лицо осознавало общественную опасность своих действий (бездействия), предвидело возможность наступления общественно опасных последствий и желало их наступления

D) лицо НЕ предвидело возможности наступления последствий, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло их предвидеть

ОТВЕТ: А

27. Небрежность означает, что…

A) лицо НЕ предвидело возможности наступления последствий, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло их предвидеть

B) лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), НО без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение этих последствий

C) лицо осознавало общественную опасность своих действий (бездействия), предвидело возможность наступления общественно опасных последствий, НЕ желало, но сознательно допускало эти последствия либо относилось к ним безразлично

D) лицо осознавало общественную опасность своих действий (бездействия), предвидело возможность наступления общественно опасных последствий и желало их наступления

ОТВЕТ: А

28. В соответствии с частью 1 статьи статьи 28 УК РФ деяние признается невиновным, если лицо его совершившее…

A) не осознавало и по обстоятельствам дела не могло осознавать общественной опасности своих действий (бездействия) либо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий и по обстоятельствам дела не должно было или не могло их предвидеть.

B) осознавало общественную опасность своих действий (бездействия), предвидело возможность наступления общественно опасных последствий и желало их наступления

C) лицо НЕ предвидело возможности наступления последствий, хотя при

необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло их предвидеть

D) лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), НО без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение этих последствий

ОТВЕТ: А

29. К обстоятельствам, исключающем преступность деяния, относятся:

A) Необходимая оборона; крайняя необходимость; причинение вреда при задержании лица, совершившего преступление; физическое или психическое принуждение; обоснованный риск; исполнение приказа или распоряжения

B) Необходимая оборона; крайняя необходимость; причинение вреда при задержании лица, совершившего преступление; физическое или психическое принуждение; обоснованный риск

C) Необходимая оборона и крайняя необходимость

D) только физическое или психическое принуждение

ОТВЕТ: А

30. Ятрогения – это…

A) это любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти; осложнения медицинских мероприятий, развившиеся в результате как ошибочных, так и правильных действий или бездействий врача

B) это виновно совершенное медицинским работником в нарушение своих профессиональных обязанностей общественно опасное деяние (действие или бездействие).

C) несоответствие между действительным объемом прав и обязанностей данного медицинского работника и производством требуемых действий по диагностике и лечению.

D) недостаточные условия для оказания надлежащей медицинской помощи пациенту с данным заболеванием (повреждением) в условиях конкретного лечебно-профилактического учреждения (уровень оснащенности диагностической и лечебной аппаратурой и оборудованием).

ОТВЕТ: А

31. Ненадлежащее оказание медицинской помощи – это…

A) оказание медицинской помощи пациенту не в соответствии с общепринятыми порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанными и утвержденными медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, в том числе технические и лечебно-диагностические ошибки при оказании медицинской помощи пациенту

B) это любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти;

осложнения медицинских мероприятий, развившиеся в результате как ошибочных, так и правильных действий или бездействий врача
C) это виновно совершенное медицинским работником в нарушение своих профессиональных обязанностей общественно опасное деяние (действие или бездействие)
D) несоответствие между действительным объемом прав и обязанностей данного медицинского работника и производством требуемых действий по диагностике и лечению

ОТВЕТ: A

32. Лицо, впервые совершившее преступление небольшой или средней тяжести, может быть освобождено от уголовной ответственности в связи с…
A) деятельным раскаянием, примирением с потерпевшим, назначением судебного штрафа
B) нахождением в состоянии аффекта
C) нахождением в состоянии наркотического или алкогольного опьянения
D) примирением с потерпевшим

ОТВЕТ: A

33. Лицо может быть освобождено от уголовной ответственности в соответствии со статьей 75 УК РФ, если…
A) после совершения преступления лицо добровольно явилось с повинной, способствовало раскрытию и расследованию этого преступления, возместило ущерб или иным образом загладило вред, причиненный этим преступлением, и вследствие деятельного раскаяния перестало быть общественно опасным
B) после совершения преступления лицо примирилось с потерпевшим и загладило причиненный потерпевшему вред
C) после совершения преступления лицо возместило ущерб или иным образом загладило причиненный преступлением вред
D) после совершения преступления лицо было признано невиновным

ОТВЕТ: A

34. Лицо может быть освобождено от уголовной ответственности в соответствии со статьей 76 УК РФ, если…
A) после совершения преступления лицо примирилось с потерпевшим и загладило причиненный потерпевшему вред
B) после совершения преступления лицо добровольно явилось с повинной, способствовало раскрытию и расследованию этого преступления, возместило ущерб или иным образом загладило вред, причиненный этим преступлением, и вследствие деятельного раскаяния перестало быть общественно опасным
C) после совершения преступления лицо возместило ущерб или иным образом загладило причиненный преступлением вред
D) после совершения преступления лицо было признано невиновным

ОТВЕТ: A

35. Обратная сила уголовного закона допускается, но только в том случае, когда он…
A) улучшает положение лица, совершившего преступление
B) ухудшает положение лица, совершившего преступление
C) не затрагивает положение лица, совершившего преступление
D) прямо предусматривает это в законе

ОТВЕТ: А

36. Лицо может быть освобождено от уголовной ответственности в соответствии со статьей 76. 2 УК РФ, если…
    A) после совершения преступления лицо возместило ущерб или иным образом загладило причиненный преступлением вред
    B) после совершения преступления лицо было признано невиновным
    C) после совершения преступления лицо примирилось с потерпевшим и загладило причиненный потерпевшему вред
    D) после совершения преступления лицо добровольно явилось с повинной, способствовало раскрытию и расследованию этого преступления, возместило ущерб или иным образом загладило вред, причиненный этим преступлением, и вследствие деятельного раскаяния перестало быть общественно опасным

ОТВЕТ: А

37. К преступлениям против жизни и здоровья относятся…
    A) убийство, неоказанием помощи больному, принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации, заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, незаконное проведение искусственного прерывания беременности
    B) донорство органов и тканей
    C) нарушение основ конституционного строя
    D) незаконное усыновление

ОТВЕТ: А

38. К преступлениям против здоровья населения относятся…
    A) незаконное осуществление медицинской или фармацевтической деятельности, нарушение санитарно – эпидемиологических правил, сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей
    B) убийство, неоказанием помощи больному, принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации
    C) заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, незаконное проведение искусственного прерывания беременности
    D) запрет суррогатного материнства

ОТВЕТ: А

39. К преступлениям против конституционных прав и свобод человека относятся…
    A) незаконное лишение свободы, незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, нарушение неприкосновенности частной жизни, отказ в предоставлении гражданину информации
    B) убийство, неоказанием помощи больному, принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации
    C) заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, незаконное проведение искусственного прерывания беременности
    D) незаконное осуществление медицинской или фармацевтической деятельности, нарушение санитарно – эпидемиологических правил,

сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей

ОТВЕТ: A

40. К преступлениям против семьи и несовершеннолетних относятся…
    A) подмена ребенка, незаконное усыновление (удочерение), разглашение тайны усыновления (удочерения)
    B) незаконное осуществление медицинской или фармацевтической деятельности, нарушение санитарно – эпидемиологических правил, сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей
    C) убийство, неоказанием помощи больному, принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации
    D) заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, незаконное проведение искусственного прерывания беременности

    ОТВЕТ: A

41. Обязательным элементом субъективной стороны преступлений является…
    A) мотив – совершение преступления из корыстных или иных низменных побуждений
    B) презумпция невиновности
    C) возрастные ограничения
    D) психические ограничения (невменяемость)

    ОТВЕТ: A

42. В соответствии со статьей 228 УК РФ к преступлениям в сфере оборота наркотических и психотропных веществ относятся…
    A) незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также незаконные приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества (ст. 228 УК РФ)
    B) хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ, а также растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества (ч.2 п. «в» ст. 229 УК РФ)
    C) незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ
    D) незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта

    ОТВЕТ: A

43. В соответствии со статьей 229 УК РФ к преступлениям в сфере оборота наркотических и психотропных веществ относятся…
    A) хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ, а также растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества
    B) незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также

незаконные приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества
C) незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ
D) незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта

ОТВЕТ: A

44. В соответствии со статьей 234 УК РФ к преступлениям в сфере оборота сильнодействующих или ядовитых и новых потенциально опасных психоактивных веществ относятся…
A) незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта и незаконный оборот новых потенциально опасных психоактивных веществ
B) незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ
C) незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта
D) незаконное производство лекарственных средств и медицинских изделий

ОТВЕТ: A

45. К преступлениям в сфере обращения лекарственных средств относятся…
A) обращение фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и оборот фальсифицированных биологически активных добавок; незаконное производство лекарственных средств и медицинских изделий; подделка документов на лекарственные средства или медицинские изделия или упаковки лекарственных средств или медицинских изделий
B) незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта и незаконный оборот новых потенциально опасных психоактивных веществ
C) хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ, а также растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества
D) незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также незаконные приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества

ОТВЕТ: A

46. Уголовный закон, устанавливающий преступность деяния, усиливающий наказание или иным образом ухудшающий положение лица…
A) обратной силы не имеет
B) имеет обратную силу
C) может иметь обратную силу
D) может не иметь обратной силы

ОТВЕТ: A

47. Должностное преступление – это…

A) виновное общественно опасное деяние (действие или бездействие), совершенное должностным лицом в нарушение обусловленных его служебным положением должностных обязанностей.
B) виновное общественно опасное деяние (действие или бездействие), совершенное должностным лицом, не затрагивающее его служебное положение (должностные обязанности)
C) виновное общественно опасное деяние (действие или бездействие), совершенное лицом в нарушение обусловленных его рабочим положением обязанностей
D) все вышеперечисленное

ОТВЕТ: A

48. К видам должностных преступлений относится:
A) получение взятки
B) убийство
C) доведение до самоубийства
D) употребление наркотиков

ОТВЕТ: A

49. Осуществление медицинским работником эвтаназии влечет уголовную ответственность по статье…
A) 105 ч.1
B) 105 ч.2
C) 109 ч.1
D) 109 ч.2

ОТВЕТ: A

50. Ускорение медицинским работником по просьбе пациента его смерти какими – либо действиями (бездействиями) или средствами влечен уголовную ответственность по статье…
A) 105 ч.1
B) 105 ч.2
C) 109 ч.1
D) 109 ч.2

ОТВЕТ: A

51. Прекращение медицинским работников искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента влечет уголовную ответственность по статье…
A) 105 ч.1
B) 105 ч.2
C) 109 ч.1
D) 109 ч.2

ОТВЕТ: A

52. Осуществлением медицинским работником эвтаназии наказывается…
A) лишением свободы на срок от 6 до 15 лет с ограничением свободы на срок до 2 лет либо без такового
B) лишением свободы на срок от 6 до 15 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
C) лишением свободы на срок от 6 до 15 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на

срок до 3 лет
D) ограничением свободы на срок от 6 до 15 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового

ОТВЕТ: A

53. Ускорение медицинским работником по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействиями) или средствами наказывается…
    A) лишением свободы на срок от 6 до 15 лет с ограничением свободы на срок до 2 лет либо без такового
    B) лишением свободы на срок от 8 до 15 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
    C) лишением свободы на срок от 8 до 15 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
    D) ограничением свободы на срок от 8 до 15 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового

    ОТВЕТ: A

54. Прекращение медицинским работником искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента наказывается…
    A) лишением свободы на срок от 6 до 15 лет с ограничением свободы на срок до 2 лет либо без такового
    B) лишением свободы на срок от 7 до 15 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
    C) лишением свободы на срок от 7 до 15 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
    D) ограничением свободы на срок от 7 до 15 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового

    ОТВЕТ: A

55. Убийство пациента в целях использования его органов и тканей влечет уголовную ответственность по статье…
    A) 105 ч.2
    B) 105 ч.1
    C) 109 ч.1
    D) 109 ч.2

    ОТВЕТ: A

56. Умышленной причинение смерти пациенту в целях использования его органов и тканей наказывается…
    A) лишением свободы на срок от 8 до 20 лет с ограничением свободы на срок от 1 года до 2 лет, либо пожизненным лишением свободы, либо смертной казнью
    B) лишением свободы на срок от 8 до 20 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового

C) лишением свободы на срок от 8 до 20 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
D) ограничением свободы на срок от 8 до 20 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового

ОТВЕТ: A

57. Лицо, совершившее преступление на территории Российской Федерации, подлежит уголовной ответственности…
A) по уголовному закону Российской Федерации
B) по уголовному закону государства, где лицо находилось в момент обнаружения преступления
C) по уголовному закону гражданства лица
D) по уголовному закону гражданства потерпевшего

ОТВЕТ: A

58. Ненадлежащее оказание медицинской помощи, повлекшее по неосторожности смерть пациента, влечет уголовную ответственность по статье…
A) 109 ч.2
B) 118 ч.2
C) 118 ч.1
D) 109 ч.1

ОТВЕТ: A

59. Максимальным наказанием за ненадлежащее оказание медицинской помощи, повлекшее по неосторожность смерть пациента, является…
A) лишение свободы на срок до 3 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
B) ограничение свободы на срок до 3 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
C) назначение принудительных работ на срок до 3 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
D) назначение принудительных работ на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового

ОТВЕТ: A

60. Минимальным наказанием за ненадлежащее оказание медицинской помощи, повлекшее по неосторожности смерть пациента, является…
A) ограничение свободы на срок до 3 лет
B) ограничение свободы на срок до 3 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
C) назначение принудительных работ на срок до 3 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
D) лишение свободы на срок до 3 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на

срок до 3 лет

ОТВЕТ: A

61. Ненадлежащее оказание медицинской помощи, повлекшее по неосторожности смерть пациента, влечет уголовное наказание в виде…
    A) лишения свободы на срок до 3 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
    B) ограничения свободы на срок до 3 лет одновременно со штрафом в размере до 100 000 рублей с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
    C) обязательных работ на срок до 480 часов с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
    D) исправительных работ на срок до 2 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового

    ОТВЕТ: A

62. Максимальным наказанием за ненадлежащее оказание медицинской помощи, повлекшее по неосторожности тяжкий вред здоровью пациента, является…
    A) лишение свободы на срок до 1 года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
    B) лишение свободы на срок от 1 года до 2 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
    C) ограничение свободы на срок от 1 года до 2 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
    D) назначение принудительных работ на срок от 1 года до 2 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового

    ОТВЕТ: A

63. Минимальным наказанием за ненадлежащее оказание медицинской помощи, повлекшее по неосторожности тяжкий вред здоровью пациента, является…
    A) ограничение свободы на срок до 4 лет
    B) штраф в размере до 80 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 6 месяцев
    C) назначение обязательных работ на срок до 480 часов
    D) назначение исправительных работ на срок до 2 лет

    ОТВЕТ: A

64. Ненадлежащее оказание медицинской помощи, повлекшее по неосторожности тяжкий вред здоровью пациента, предусматривает уголовное наказание в виде…
    A) лишения свободы на срок до 1 года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
    B) ограничения свободы на срок до 3 лет одновременно со штрафом в размере до 100 000 рублей с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового

C) обязательных работ на срок до 480 часов с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
D) исправительных работ на срок до 2 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового

ОТВЕТ: A

65. Ненадлежащее оказание медицинской помощи влечет за собой уголовную ответственность по статье…
A) 109 УК РФ
B) 293 УК РФ
C) 124 УК РФ
D) 111 УК РФ

ОТВЕТ: A

66. Принуждение к изъятию органов и тканей человека для трансплантации влечет уголовную ответственность при условии, что…
A) оно совершено совершенное с применением насилия либо с угрозой его применения
B) медицинский работник получил денежное вознаграждение за изъятие органов или тканей человека
C) в результате принуждения органы или ткани человека были успешно изъяты и пересажены
D) в результате принуждения, совершенного с применением насилия либо с угрозой его применения, изъятие органов или тканей человека состоялось

ОТВЕТ: A

67. Заражение медицинским работником пациента ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей влечет ответственность по статье…
A) 122 ч.4
B) 122 ч.1
C) 122 ч.2
D) 122 ч.3

ОТВЕТ: A

68. Лица, совершившие преступление вне пределов Российской Федерации, подлежат уголовной ответственности…
A) по уголовному закону в зависимости от гражданства
B) по уголовному закону Российской Федерации
C) по уголовному закону государства, где было совершено преступление
D) по выбору лиц

ОТВЕТ: A

69. Заражение медицинским работником пациента ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей предусматривает максимальное наказание в виде…
A) лишения свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
B) лишения свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать

определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
C) назначения принудительных работ на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
D) назначения принудительных работ на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового

ОТВЕТ: A

70. Заражение медицинским работником пациента ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей предусматривает минимальное наказание в виде…
A) принудительных работ на срок до 5 лет
B) принудительных работ на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
C) принудительных работ на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
D) лишения свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового

ОТВЕТ: A

71. Под незаконным проведением искусственного прерывания беременности в статье 123 УК РФ понимается…
A) проведение искусственного прерывания беременности лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля
B) проведение искусственного прерывания беременности вне медицинской организации лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля
C) проведение искусственного прерывания беременности лицом, не имеющим медицинского образования соответствующего профиля, повлекшее по неосторожности смерть пациентки
D) проведение искусственного прерывания беременности лицом, не имеющим медицинского образования соответствующего профиля, повлекшее по неосторожности тяжкий вред здоровью пациентки

ОТВЕТ: A

72. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет уголовную ответственность по ч.1 статьи 123 УК РФ в случае…
A) проведения искусственного прерывания беременности лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля
B) проведения искусственного прерывания беременности вне медицинской организации лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля
C) проведения искусственного прерывания беременности лицом, не имеющим медицинского образования соответствующего профиля, повлекшее по неосторожности смерть пациентки
D) проведение искусственного прерывания беременности лицом, не имеющим медицинского образования соответствующего профиля, повлекшее по

неосторожности тяжкий вред здоровью пациентки

ОТВЕТ: A

73. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности в соответствии с частью 1 статьи 123 УК РФ предусматривает максимальное наказание в виде…
    A) исправительных работ на срок до 2 лет
    B) штрафа в размере до 80 000 или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 6месяцев
    C) обязательных работ на срок до 480 часов
    D) лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет

ОТВЕТ: A

74. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности в соответствии с частью 1 статьи 123 УК РФ предусматривает минимальное наказание в виде…
    A) штрафа в размере до 80 000 рублей
    B) исправительных работ на срок до 2 лет
    C) обязательных работ на срок до 480 часов
    D) лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет

ОТВЕТ: A

75. Максимальным уголовным наказанием за незаконное проведения искусственного прерывания беременности, если оно повлекло по неосторожности смерть потерпевшей, является…
    A) лишение свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
    B) принудительные работы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
    C) исправительные работы на срок до 2 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
    D) ограничение свободы на срок до 2 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового

ОТВЕТ: A

76. Минимальным уголовным наказанием за незаконное проведения искусственного прерывания беременности, если оно повлекло по неосторожности смерть потерпевшей, является…
    A) принудительные работы на срок до 5 лет
    B) принудительные работы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
    C) исправительные работы на срок до 2 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
    D) лишение свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового

ОТВЕТ: A

77. Максимальным уголовным наказанием за незаконное проведения искусственного прерывания беременности, если оно повлекло по неосторожности смерть потерпевшей, является…
    A) лишение свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
    B) принудительные работы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
    C) исправительные работы на срок до 2 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
    D) ограничение свободы на срок до 2 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового

    ОТВЕТ: A

78. Минимальным уголовным наказанием за незаконное проведение искусственного прерывания беременности, если оно повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью потерпевшей, является…
    A) принудительные работы на срок до 5 лет
    B) принудительные работы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
    C) исправительные работы на срок до 2 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
    D) лишение свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового

    ОТВЕТ: A

79. Граждане Российской Федерации, совершившие преступление на территории иностранного государства…
    A) не подлежат выдаче этому государству
    B) подлежат выдаче этому государству
    C) могут подлежать выдаче этому государству
    D) действуют на основании международного договора между государствами

    ОТВЕТ: A

80. Неоказание помощи больному медицинским работником без уважительных причин влечет за собой наступление уголовной ответственности по части 1 статьи 124 УК РФ в случае, если…
    A) это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного
    B) это повлекло по неосторожности причинение легкого вреда здоровью больного
    C) это повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью больного
    D) произошел сам факт неоказания помощи больному медицинским

работником без уважительных причин

ОТВЕТ: А

81. Минимальным уголовным наказанием за неоказание помощи больному медицинским работником без уважительных причин, если оно повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больному, является…
    A) штраф в размере до 40 000 рублей
    B) обязательные работы на срок до 360 часов
    C) исправительные работы на срок до 1 года
    D) арест на срок до 4месяцев

    ОТВЕТ: А

82. Максимальным уголовным наказанием за неоказание помощи больному медицинским работником без уважительных причин, если оно повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больному, является…
    A) арест на срок до 4 месяцев
    B) штраф в размере до 40 000 рублей
    C) обязательные работы на срок до 360 часов
    D) исправительные работы на срок до 1 года

    ОТВЕТ: А

83. Минимальным уголовным наказанием за неоказание помощи больному медицинским работником без уважительных причин, если оно повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью больному, является…
    A) принудительные работы на срок до 4 лет
    B) принудительные работы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
    C) принудительные работы на срок до 3 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
    D) лишением свободы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового

    ОТВЕТ: А

84. Максимальным уголовным наказанием за неоказание помощи больному медицинским работником без уважительных причин, если оно повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью больному, является…
    A) лишение свободы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
    B) принудительные работы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
    C) принудительные работы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
    D) лишение свободы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на

срок до 5 лет

ОТВЕТ: A

85. Минимальным уголовным наказанием за неоказание помощи больному медицинским работником без уважительных причин, если оно повлекло по неосторожности смерть больного, является…
    A) принудительные работы на срок до 4 лет
    B) принудительные работы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
    C) принудительные работы на срок до 3 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового
    D) лишение свободы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового

    ОТВЕТ: A

86. Максимальным уголовным наказанием за неоказание помощи больному медицинским работником без уважительных причин, если оно повлекло по неосторожности смерть больного, является…
    A) лишение свободы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
    B) принудительные работы на срок до 4 лет
    C) принудительные работы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
    D) лишение свободы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 5 лет

    ОТВЕТ: A

87. Под уважительными причинами, препятствующими оказанию помощи больному, принято понимать…
    A) непреодолимую силу, оказание помощи более тяжелому больному, болезнь самого медицинского работника
    B) непреодолимую силу, оказание помощи более тяжелому больному, болезнь самого медицинского работника, отсутствие финансирования
    C) непреодолимую силу, оказание помощи более тяжелому больному, отсутствие надлежащего препарат, отсутствие финансирования
    D) непреодолимую силу, оказание помощи более тяжелому больному, отсутствие нерабочее время

    ОТВЕТ: A

88. Разглашение тайны усыновления (удочерения) вопреки воле усыновителя лицом, обязанным хранить факт усыновления (удочерения) как служебную или профессиональную тайну, влечет наступление уголовной ответственности, если оно…
    A) совершено из корыстных или иных низменных побуждений
    B) совершено из корыстных или иных низменных побуждений и повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью

C) совершено из корыстных или иных низменных побуждений и повлекло по неосторожности причинение легкого вреда здоровью
D) совершено из корыстных или иных низменных побуждений и повлекло по неосторожности вред здоровью средней тяжести

ОТВЕТ: A

89. Максимальным уголовным наказанием за разглашение тайны усыновления (удочерения) вопреки воле усыновителя в соответствии со статьей 155 УК РФ является…
A) арест на срок до 4 месяцев с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
B) арест на срок до 4 месяцев без лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
C) штраф в размере до 80 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 6 месяцев с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
D) обязательные работы на срок до 360 часов с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет

ОТВЕТ: A

90. Выдача иностранных граждан или лиц без гражданства, совершивших преступление вне пределов Российской Федерации, но находящихся на территории Российской Федерации…
A) допускается только в соответствии с международным договором РФ
B) не допускается
C) допускается
D) допускается в связи с общими принципами международного права

ОТВЕТ: A

91. Минимальным уголовным наказанием за разглашение тайны усыновления (удочерения) вопреки воле усыновителя в соответствии со статьей 155 УК РФ является…
A) штраф в размере до 80 000 рублей
B) арест на срок до 4 месяцев с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
C) обязательные работы на срок до 360 часов
D) исправительные работы на срок до 1 года

ОТВЕТ: A

92. Уголовным наказанием за хищение наркотических средств или психотропных веществ медицинским работником с использованием его служебного положения является…
A) лишение свободы на срок от 6 до 10 лет со штрафом в размере до 500 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 3 лет либо без такового и с ограничением свободы на срок до 1 года либо без такового
B) лишение свободы на срок от 5 до 10 лет со штрафом в размере до 500 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 3 лет либо без такового и с ограничением свободы на срок до 1 года либо без такового

C) лишение свободы на срок от 6 до 10 лет со штрафом в размере до 500 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 3 лет либо без такового с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
D) лишение свободы на срок от 5 до 10 лет со штрафом в размере до 500 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 3 лет либо без такового с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет

ОТВЕТ: A

93. Уголовным наказанием за хищение наркотических средств или психотропных веществ медицинским работником с использованием его служебного положения в крупном размере является…
A) лишение свободы на срок от 15 до 25 лет со штрафом в размере до одного миллиона рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 5 лет либо без такового и с ограничением свободы на срок до 2 лет либо без такового
B) лишение свободы на срок от 10 до 15 лет со штрафом в размере до одного миллиона рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 5 лет либо без такового и с ограничением свободы на срок до 2 лет либо без такового
C) лишение свободы на срок от 10 до 15 лет со штрафом в размере до одного миллиона рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 5 лет либо без такового и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
D) лишение свободы на срок от 15 до 25 лет со штрафом в размере до одного миллиона рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 5 лет либо без такового и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет

ОТВЕТ: A

94. В соответствии со статьей 233 УК РФ максимальным уголовным наказанием за незаконную выдачу рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ, является…
A) лишение свободы на срок до 2 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
B) лишение свободы на срок до 2 лет без лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 5 лет
C) штраф в размере до 80 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев
D) принудительные работы на срок до 2 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового

ОТВЕТ: A

95. В соответствии со статьей 233 УК РФ минимальным уголовным наказанием за незаконную выдачу рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ, является…

A) штраф в размере до 80 000 рублей
B) обязательные работы на срок до 360 часов
C) исправительные работы на срок до 1 года
D) ограничение свободы на срок до 2 лет

ОТВЕТ: A

96. Минимальным уголовным наказанием за незаконную выдачу рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ, является…
A) штраф в размере до 80 000 рублей
B) принудительные работы на срок до 2 лет
C) принудительные работы на срок до 2 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
D) лишение свободы на срок до 2 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового

ОТВЕТ: A

97. Максимальным уголовным наказанием за незаконную выдачу рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ, является…
A) лишение свободы на срок до 2 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
B) лишение свободы на срок до 3 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 5 лет
C) штраф в размере до 80 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 6 месяцев с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет
D) принудительные работы на срок до 2 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового

ОТВЕТ: A

98. Под мелким взяточничеством в соответствии со статьей 291.2 УК РФ признается получение взятки, дача взятки лично или через посредника в размере, не превышающем…
A) 10 000 руб.
B) 3 000 руб.
C) 5 000 руб.
D) 7 000 руб.

ОТВЕТ: A

99. В соответствии с частью 1 статьи 293 УК РФ халатность – это…
A) неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе либо обязанностей по должности
B) неисполнение должностным лицом своих обязанностей с умыслом причинения вреда

C) неисполнение лицом своих обязанностей в состоянии аффекта
D) неисполнение или ненадлежащее исполнение любым лицом своих обязанностей

ОТВЕТ: A

100. В соответствии с частью 1 статьи 293 УК РФ халатность влечет уголовную ответственность, если это повлекло причинение…

A) крупного ущерба или существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства
B) особо крупного ущерба или существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства
C) крупного ущерба или существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, а также тяжкого вреда здоровью человека
D) крупного ущерба или существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, а также смерть человека

ОТВЕТ: A

Вопросы открытого типа

1. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях, устанавливающий административную ответственность медицинского работника, является ____ Российской Федерации
   Ответ: федеральным законом
2. Объектом административного правонарушения «Отказ в предоставлении информации» является:
   Ответ: право гражданина
3. Вставьте пропущенное слово: Административным правонарушением признается противоправное, _____ действие (бездействие) физического или юридического лица, за которое настоящим Кодексом или законами субъектов Российской Федерации об административных правонарушениях установлена административная ответственность.
   Ответ: виновное
4. Вставьте пропущенное слово: Иностранные граждане, лица без гражданства и иностранные юридические лица, совершившие на территории Российской Федерации административные правонарушения, подлежат административной ответственности на _____ основаниях.
   Ответ: общих
5. Назначение административного наказания юридическому лицу не освобождает от ответственности за данное правонарушение виновное ____
   Ответ: физическое лицо
6. Потребитель _____ от исполнения договора оказания медицинских услуг при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов.
   Ответ: вправе отказаться
7. Потребитель вправе отказаться от исполнения договора о выполнении работ (оказании услуг), при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, _____.
   Ответ: в любое время
8. Исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств по договору оказания

медицинских услуг лишь при условии_____ заказчику убытков.
Ответ: полного возмещения

9. Потребитель также вправе отказаться от исполнения договора о выполнении медицинской услуги, если им обнаружены _____ оказанной услуги.
Ответ: существенные недостатки
10. Срок давности по искам с требованием потребителя о возмещении вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина_____
Ответ: не распространяется
11. Вставьте пропущенное слово (существительное, в винительном падеже): Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в российских организациях, осуществляющих образовательную деятельность, и прошедшие _____ специалиста.
Ответ: аккредитацию
12. Вставьте пропущенное слово (существительное, в винительном падеже): Право на осуществление фармацевтической деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие фармацевтическое образование в российских организациях, осуществляющих образовательную деятельность, и прошедшие _____ специалиста.
Ответ: аккредитацию
13. Вставьте пропущенное слово (существительное, в именительном падеже): _____ специалиста - процедура определения соответствия лица, получившего медицинское, фармацевтическое или иное образование, требованиям к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности либо фармацевтической деятельности.
Ответ: аккредитация
14. Вставьте пропущенное слово (существительное, в именительном падеже): _____ об аккредитации специалиста и выписка о прохождении аккредитации имеют одинаковую юридическую силу при подтверждении факта прохождения лицом аккредитации специалиста.
Ответ: свидетельство
15. Дополните предложение (ответ в виде числа): Лица, имеющие медицинское или фармацевтическое образование, не работавшие по своей специальности более ___ лет, могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности в соответствии с полученной специальностью после прохождения обучения по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации, профессиональная переподготовка) и прохождения аккредитации специалиста.
Ответ: 5
16. Дисциплинарное взыскание применяется не позднее ____ со дня обнаружения проступка
Ответ: 1 месяца
17. Общий срок действия дисциплинарного взыскания составляет ___ год
Ответ: 1
18. Прогулом считается отсутствие на рабочем месте без уважительных причин более ___ часов подряд в течение рабочего дня (смены)
Ответ: 4
19. Для каких работников установлена сокращенная продолжительность рабочего времени и составляет 39 часов в неделю?
Ответ: медицинских
20. Для медицинских работников устанавливается сокращенная продолжительность

рабочего времени по сравнению с общей нормой рабочего времени, которая составляет ____ часов в неделю
Ответ: 40

21. По общему правилу дисциплинарное взыскание не может быть применено позднее _____ месяцев со дня совершения проступка
Ответ: 6
22. За каждый дисциплинарный проступок может быть применено _____ дисциплинарное(-ых) взыскание(-я)
Ответ: 1
23. Дополните предложение (ответ в виде числа): Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем _____ раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).
Ответ: 1
24. Вставьте пропущенное слово: Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его _____.
Ответ: воли
25. Вставьте пропущенное слово: Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать _____ лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности.
Ответ: режим
26. Вставьте пропущенное слово: Пациент имеет право на возмещение _____, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи.
Ответ: вреда
27. Вставьте пропущенное слово: Пациент имеет право на получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в _____ условиях.
Ответ: стационарных
28. Дополните предложение (ответ в виде числа): Для медицинских работников устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более _____ часов в неделю.
Ответ: 39
29. Дополните предложение (ответ в виде числа): В соответствии со статьей _____ Трудового Кодекса РФ работники медицинских организаций проходят медицинские осмотры в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний.
Ответ: 213
30. Вставьте пропущенное слово: В статье 351.1 Трудового кодекса РФ установлено, что к трудовой деятельности в сфере медицинского обеспечения с участием несовершеннолетних не допускаются лица, имеющие или имевшие _____.
Ответ: судимость
31. Вставьте пропущенное слово: В соответствии со статьей 192 Трудового кодекса РФ за совершение дисциплинарного проступка работодатель имеет право применить к работнику следующие дисциплинарные взыскания: замечание, _____, увольнение по соответствующим основаниям.
Ответ: выговор
32. Дополните предложение (ответ в виде числа): работник считается не имеющим дисциплинарное взыскание, если в течение _____ года (лет) со дня применения дисциплинарного взыскания он не будет подвергнут новому дисциплинарному взысканию.
Ответ: 1
33. Дополните предложение: в соответствии со статьёй 81 Трудового кодекса РФ

прогулом признается отсутствие работника на рабочем месте без уважительных причин в течение всего рабочего дня или _____, независимо от их продолжительности
Ответ: смены

34. Дополнить предложение (ответ в виде числа) Статья ____ Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан» закрепляет перечень «прав медицинских работников и мер их стимулирования»
Ответ: 72
35. Дополните предложение (ответ в виде числа) Статья ____ Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан» содержит перечень основных обязанностей медицинских работников
Ответ: 73
36. Дополните предложение (ответ в виде числа) Статья ____ Федерального закона №323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» регулирует права медицинской организации
Ответ:78
37. Дополните предложение (ответ в виде числа) Статья ____ Федерального закона № 323 «Об основах охраны граждан РФ» регулирует обязанности медицинских организаций
Ответ: 79
38. Вставить пропущенное слово: Медицинский работник _____ оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями.
Ответ: обязан
39. Вставить пропущенное слово: Медицинский работник _____ соблюдать врачебную тайну
Ответ: обязан
40. Вставить пропущенное слово: Статья 74 Федерального закона № 323 « Об основах охраны здоровья граждан» содержит ряд _____
Ответ: запретов
41. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, определяет _____
Ответ: судебно-медицинский эксперт
42. Все профессиональные преступления, которые могут быть совершены медицинскими работниками закреплены в _____ РФ
Ответ: Уголовном кодексе
43. Неоказание помощи больному наказывается по статье ____ Уголовного кодекса РФ
Ответ: 124
44. Какое преступление характеризуется данным определением (вставьте пропущенное слово): _____ медицинской деятельности - осуществление ее лицом, не имеющим лицензии (специального разрешения) на данный вид деятельности, при условии, что такая лицензия обязательна
Ответ: незаконное осуществление
45. Какой вред может быть причинен гражданину действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину нематериальные блага?
Ответ: моральный вред
46. Вставьте пропущенные слова: Медицинские работники имеют право на профессиональную подготовку, переподготовку и _____за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации
Ответ: повышение квалификации
47. Вставьте пропущенные слова: Медицинская организация обязана

соблюдать_____, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах
Ответ: врачебную тайну

48. Вставьте пропущенные слова: Конфликт интересов - ситуация, при которой у медицинского работника возникает личная заинтересованность в получении лично либо через представителя компании _____или иного преимущества
Ответ: материальной выгоды
49. Дополните предложение: В случае возникновения конфликта интересов медицинский работник обязан проинформировать об этом в письменной форме_____
Ответ: руководителя медицинской организации
50. Вставьте пропущенные слова: Медицинская организация обязана обеспечивать оказание медицинскими работниками медицинской помощи на основе _____
Ответ: клинических рекомендаций

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ БИЛЕТЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА И МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

Билет № 1

1. Процесс умирания организма человека. Порядок констатации смерти.
2. Клинико-морфологическая характеристика кровоподтеков.
3. Система законодательства в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации: иерархия нормативно-правовых актов по юридической силе.

ОТВЕТ:

1. Смерть — это прекращение деятельности биологической структуры, направленной на ее сохранение и воспроизведение. Понятие смерти в принципе может относиться как к организму в целом, так и к его частям (некроз клеток, смерть мозга и т.д.). Ранее смерть подразделяли на естественную (от недостаточного развития или от старения организма) и преждевременную. Однако данные патологии свидетельствуют о том, что смерть старых людей наступает от болезней, а не от самого старения. Кроме того, старение — это процесс накопления не только остаточных явлений циклов физиологической перестройки, но и перенесенных повреждений и прогрессирующих патологических процессов, т.е. оно само связано с патологией. Аналогично патологией является рождение плода в состоянии глубокой недоношенности (незрелости) или с грубыми пороками развития. Поэтому выделение естественной смерти неправомерно. Основанием медико-биологической классификации смерти служат ее причины и механизмы, а основанием социально-юридической классификации — обстоятельства ее наступления. Поэтому в настоящее время смерть классифицируют по категориям и родам. Установление категории смерти важно, как для медиков, так и для юристов. При этом различают смерть ненасильственную (вызванную заболеваниями) и насильственную (вызванную внешними воздействиями: механическими повреждениями, недостатком кислорода, голоданием и т.д.). При ненасильственной смерти трупы вскрываются патологоанатомами. Однако смерть от заболевания иногда наступает внезапно, в необычных условиях (дома, в служебной обстановке, во сне и др.), неожиданно для окружающих среди кажущегося здоровья. Неожиданный характер смерти всегда вызывает необходимость исключить внешнее насилие: механическую травму, отравление и др. Это и является основанием для судебно-медицинского исследования скоропостижно умерших людей. Насильственная смерть подразделяется по родам на наступившую в результате убийства, самоубийства и несчастного случая. Установление рода смерти основывается не на медицинских, а на социально-правовых критериях, поэтому оно выходит за пределы компетенции судебно-медицинского эксперта, являясь прерогативой следственных органов и суда. Врачу приходится высказываться о роде насильственной смерти только при заполнении врачебного свидетельства о смерти. При этом он должен опираться на сведения, зафиксированные в официальных юридических документах. На медицинских сведениях о состоянии организма человека (клинических и морфологических) базируется суждение о причинах и механизме смерти. Поэтому оно формулируется независимо от обстоятельств ее наступления. Процесс перехода от жизни к смерти носит название умирания и обычно состоит из пяти последовательных стадий. 1. Предагональное состояние: сознание угнетено, пульс не прощупывается, тоны

сердца резко ослаблены, артериальное давление прогрессирующе снижается, дыхание частое и поверхностное, реакция на раздражители резко снижена. 2. Терминальная пауза: сознание, пульс, рефлексы и дыхание отсутствуют, артериальное давление близко к нулю. 3. Агония: сознание утрачено, но эпизодически на короткое время возвращается. Функция коры угнетена, выражена активность подкорковых центров, наблюдаются некоторое учащение сердцебиений и небольшой подъем артериального давления, дыхание редкое и глубокое с подключением почти всех скелетных мышц. Окончание этой стадии характеризуется еще большим урежением дыхания и падением артериального давления. 4. Клиническая смерть: полная потеря сознания, исчезновение рефлексов, сердечной деятельности и дыхания. На этом этапе сохраняется возможность восстановления всех основных жизненных функций. Его продолжительность в среднем составляет 5– 6 мин, однако при низкой температуре окружающей среды он может составить 15– 20 мин. 5. Биологическая смерть: нарушения функций центральной нервной системы, кровообращения и дыхания становятся необратимыми. При быстрой смерти агональный период либо вовсе не фиксируется, либо весьма укорочен. Такая смерть характеризуется резким венозным полнокровием внутренних органов, переполнением темной жидкой кровью правой половины сердца, субсерозными геморрагиями и интенсивными сливными темно-фиолетовыми трупными пятнами. При медленной смерти агональный период может продолжаться дни и недели. Отсюда и другое название медленной смерти — агональная. При ней кровенаполнение внутренних органов неравномерное, в сосудах красные, белые и смешанные кровяные свертки, умеренные бледно-фиолетовые трупные пятна. Факт наступления смерти врач должен фиксировать на основании инструкции Министерства здравоохранения РФ «По определению момента смерти человека, отказа от применения или прекращения реанимационных мероприятий». Критериями при этом являются следующие: 1) моментом биологической смерти человека считают состояние необратимой гибели организма как целого, с тотальной гибелью головного мозга; 2) биологическая смерть может быть констатирована на основании: – прекращения сердечной деятельности и дыхания, продолжающихся более 30 мин; – прекращения функций головного мозга, включая и функции его стволовых отделов; 3) биологическая смерть на основании смерти головного мозга констатируется в соответствии с инструкцией «Констатация смерти человека на основании диагноза смерти мозга», утвержденной приказом МЗ и МП РФ № 189 «О дальнейшем развитии и совершенствовании трансплантологической помощи населению РФ». На практике для констатации биологической смерти используют сочетание признаков необратимого прекращения функций головного мозга, отсутствия самостоятельной деятельности сердца и дыхательной системы: • исчезновение пульса на крупных (сонных и бедренных) артериях; • отсутствие сокращений сердца по данным аускультации или рентгеноскопии грудной клетки, прекращение биоэлектрической активности сердца или наличие мелковолновых фибриллярных осцилляций по данным электрокардиографии; • прекращение дыхания (по данным рентгеноскопии грудной клетки или аускультации легких, в частности в области яремной ямки); • исчезновение всех функций и реакций центральной нервной системы, в частности отсутствие сознания, спонтанных движений, роговичных рефлексов, реакций на звуковые, болевые, проприоцептивные и прочие (запах нашатырного спирта) раздражения, максимальное расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет, отсутствие биоэлектрической активности мозга на электроэнцефалограмме. Уже через 10–15 мин после смерти появляется так называемый признак Белоглазова — изменение формы зрачка на щелевидную при сдавлении глазного яблока, доказывающий отсутствие функции центральной

нервной системы. После прекращения кровообращения начинает развиваться процесс охлаждения тела. Признак Белоглазова и низкую температуру тела также можно использовать в качестве оснований для констатации 176 смерти. Все перечисленные признаки, однако, не являются достаточным основанием для констатации биологической смерти в случаях общего переохлаждения, а также отравления веществами, угнетающими центральную нервную систему и/или снижающими температуру тела (например, нейролептиками). Об отсутствии функции кровообращения можно судить также по отсутствию розовой окраски при просвечивании кисти, а также изменений цвета периферической части пальца, перетянутого у основания жгутом. Отсутствие кровотечения при артериотомии — также достоверный признак наступившей смерти, но рекомендовать его для практического использования не стоит из-за риска ухудшить состояние больного, если он еще жив. Несомненными признаками смерти являются только так называемые трупные изменения (трупные пятна, трупное окоченение и др.). В связи с расширением круга объектов, заготавливаемых для целей трансплантации, и необходимостью изымать достаточно жизнеспособные органы, иногда высказываются суждения, ставящие под сомнение необратимое прекращение функций дыхания и кровообращения в качестве критериев смерти. Такая постановка вопроса принципиально неправильна, поскольку в рассматриваемом случае речь должна идти не о признаках смерти, а о критериях, определяющих невозможность восстановления способности организма к самостоятельному обеспечению жизненно важных функций и неизбежность наступления смерти при прекращении искусственного поддержания дыхания и кровообращения.

2. Кровоподтеком называется кровоизлияние, пропитывающее подкожную жировую клетчатку. Вначале кровоподтек имеет синий или сине-багровый цвет, определяющийся тем, что гемоглобин крови находится в восстановленном состоянии. С 3–4-го дня кровоподтек приобретает зеленоватый (за счет билирубина и вердохромогена), а с 7–9-го дня — желтоватый (за счет биливердина и билирубина) оттенки. Позднее этого срока кровоподтек, как правило, становится незаметным. Однако при рассечении кожи в подкожной жировой клетчатке еще долго можно найти участок коричневатого цвета за счет гемосидерина. Если кровоизлияния образовались только в коже, говорят о внутрикожных кровоизлияниях. Они обычно множественные, имеют небольшие размеры и круглую форму. Скопление крови над или под оболочками головного мозга, в подкожной клетчатке называют гематомой. Форма и размеры кровоподтеков зависят от формы и размеров травмирующей поверхности тупого предмета. Почти всегда от одного удара тупым предметом образуется один кровоподтек. Однако при сильных ударах удлиненными предметами могут возникать два продолговатых кровоподтека, располагающихся по обе стороны от ударяющей поверхности предмета. Объяснение этого явления сводится к тому, что кровеносные сосуды более устойчивы к сжатию, чем к разрыву. В полосе удара сосуды сдавливаются и сохраняют свою целость, а растягиваются и рвутся на границе этой полосы. В местах, где развита рыхлая подкожная клетчатка, кровоподтеки распространяются по ней от места первичного воздействия, и их форма теряет информативность.
3. Система законодательства в сфере охраны здоровья основана на Конституции Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — ФЗ №323), в настоящее время это основополагающий акт в сфере здравоохранения для принимаемых в соответствии с ним других федеральных законов, иных нормативных правовых актов РФ, законов и иных нормативных правовых актов субъектов РФ.

Основа законодательного регулирования любых общественных отношений, в том числе и в области охраны здоровья, — Конституция РФ, в нормах которой определено, что одна из основных задач Российского государства — охрана здоровья людей, создание им условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека (п. 1 ст. 7 Конституции РФ).

Общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации — составная часть ее правовой системы (ч. 4 ст. 15 Конституции РФ). В соответствии с данной нормой Конституции РФ нормы международных актов — элемент системы законодательства в сфере охраны здоровья, так как право каждого человека на охрану здоровья занимает важнейшее место в системе прав человека и является общепризнанной нормой международного права.

В международных документах право на здоровье зафиксировано как специфическая часть права на достойные условия жизни, включая право на медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, которые необходимы для поддержания здоровья и благосостояния человека (п. 1 ст. 25 Всеобщей декларации прав человека), или связано с наивысшим уровнем физического и психического здоровья человека, включая создание условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни (ст. 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах 1966 г.). Международный пакт о гражданских и политических правах 1966 г. содержит немало положений о правах, непосредственно связанных с правом на здоровье, таких как право на жизнь (ст. 6), свободу и личную неприкосновенность (ст. 9), невмешательство в личную и семейную жизнь.

По юридической силе после Конституции РФ и международноправовых актов второй уровень законодательства в сфере здравоохранения составляют федеральные законы. Действующую систему федерального законодательства, регулирующего отношения при оказании медицинской помощи, в зависимости от предмета регулирования можно условно разделить на 2 уровня: система общего законодательства, действующего в сфере любых услуг (в том числе и медицинских), и система специального законодательства, содержащая нормативноправовые акты, посвященные исключительно вопросам регулирования общественных отношений в сфере медицинской и фармацевтической деятельности.

К системе общего законодательства относят нормативно-правовые акты отраслевого назначения, регулирующие самые разнообразные сферы общественной жизни Российской Федерации, отдельные нормы которых применяют и для регулирования отношений по оказанию медицинской помощи. Правовые акты данной группы не принимались непосредственно для регулирования медицинской деятельности, в то же время отдельные их положения напрямую влияют на данные правоотношения, что отражает комплексный характер законодательства об охране здоровья.

Именно с их помощью определены фундаментальные принципы и гарантии оказания медицинской помощи, общие правила регулирования отношений по оказанию медицинской помощи различным категориям населения.

В частности, Закон РФ от 07.02.1992 №2300-I «О защите прав потребителей» (далее — Закон о защите прав потребителей) — практически единственный нормативный акт, регулирующий отношения, возникающие между потребителями и исполнителями при оказании любых видов услуг, в том числе медицинских.

Более того, в соответствии с Постановлением Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 №17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и

обязательного медицинского страхования, применяют законодательство о защите прав потребителей.

Важное правовое значение для защиты здоровья населения имеют и нормы других федеральных законов, закрепляющих особенности оказания медицинской помощи отдельным категориям населения:

— Федеральный закон от 24.11.1995 №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» определяет меры социальной защиты и поддержки инвалидов, в том числе условия оказания квалифицированной медицинской помощи и реабилитационные мероприятия для данной категории граждан;

— Федеральный закон от 24.07.1998 №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», ст. 10 которого установлено: «в целях обеспечения прав детей на охрану здоровья в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения осуществляются мероприятия по оказанию детям бесплатной медицинской помощи, предусматривающей профилактику заболевания, медицинскую диагностику, лечебно-оздоровительную работу, в том числе диспансерное наблюдение, медицинскую реабилитацию детей-инвалидов и детей, страдающих хроническими заболеваниями, и санаторно-курортное лечение детей»;

— Федеральный закон РФ от 02.01.2000 №29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов», нормы которого направлены на улучшение качества и структуры питания как одного из основных факторов, определяющих здоровье населения;

— Федеральный закон от 08.01.1998 №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» закрепил правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в области противодействия их незаконному обороту в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности;

- Федеральный закон от 09.01.1996 №3-ФЗ «О радиационной безопасности населения» определяет правовые основы обеспечения радиационной безопасности населения в целях охраны его здоровья;

— Федеральный закон от 23.02.1995 №26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах» регулирует отношения в сфере изучения, использования, развития и охраны природных лечебных ресурсов, лечебно-оздоровительных местностей и курортов, используемых в лечебно-профилактических целях.

Вместе с тем, правовые отношения, возникающие в сфере медицинской деятельности, настолько многочисленны и многогранны, что в структуру законодательства о здравоохранении тесно вплетены нормы различных отраслей права: административного, гражданского, уголовного и т.д.

В частности, гражданско-правовые нормы, наряду с нормами других отраслей права, направлены на охрану и защиту жизни и здоровья, призваны обеспечивать нормальную жизнедеятельность человека, его физическое и психическое благополучие.

Кроме того, Гражданский кодекс РФ (ГК РФ) выделил в отдельную главу регулирование различных видов услуг, в числе которых и оказание медицинских услуг (ст. 779—783 ГК РФ).

Нормами ГК РФ предусмотрен и порядок обеспечения обязательств вследствие причинения вреда, в частности порядок и условия возмещения причиненного ущерба здоровью и компенсации морального вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской помощи (ст. 1064—1101 ГК РФ).

Трудовое право содержит нормы, регулирующие взаимоотношения медицинского работника и медицинской организации при осуществлении трудовой функции: основания возникновения трудовых правоотношений, порядок заключения, изменения и прекращения трудового договора, некоторые особенности регулирования труда медицинских работников и др.

Нормы административного права формулируют требования к организации системы управления здравоохранением и контролю в этой сфере, устанавливают круг административно-правовых запретов. Так, по отношению к медицинской деятельности Кодексом РФ об административных правонарушениях (КоАП РФ) определены меры административной ответственности, например за невыполнение обязанностей об информировании граждан о получении медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ст. 6.30 КоАП РФ); нарушение законодательства о донорстве крови и ее компонентов (ст. 6.31 КоАП РФ); нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья при проведении искусственного прерывания беременности (ст. 6.32 КоАП РФ) и т.д.

Нормами Уголовного кодекса РФ (УК РФ) установлена ответственность за различные правонарушения, связанные с неоказанием или ненадлежащим оказанием медицинской помощи (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109); заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 4 ст. 122); незаконное проведение искусственного прерывания беременности (ст. 123); неоказание помощи больному (ст. 124) и т.д.

Таким образом, система общего законодательства закрепляет особенности оказания медицинской помощи отдельным категориям населения, а также определяет меры юридической ответственности за нарушение прав граждан в сфере охраны здоровья.

Систему специального законодательства составляют те нормативно-правовые акты, которые были приняты непосредственно для регулирования правоотношений в сфере осуществления медицинской деятельности.

Базовым нормативным документом для всей сферы здравоохранения РФ, устанавливающим правовые основы ее регулирования, в настоящее время является ФЗ №323. Указанный закон как фундаментальный нормативный акт определяет правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан; права и обязанности человека и гражданина в сфере здравоохранения и гарантии реализации этих прав; полномочия и ответственность федеральных, региональных и местных органов власти России в сфере охраны здоровья граждан; права и обязанности медицинских организаций при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья граждан, а также права и обязанности медицинских и фармацевтических работников.

Важнейшие положения основополагающего Федерального закона получили свое развитие и детализацию в специальных законодательных актах более узкой, направленной тематики:

— Федеральный закон от 23.06.2016 №180-ФЗ «О биомедицинских клеточных продуктах»;

— Федеральный закон от 20.07.2012 №125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов»;

— Федеральный закон от 12.04.2010 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;

— Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»»;

— Федеральный закон от 18.06.2001 №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 30.03.1999 №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
— Федеральный закон от 17.09.1998 №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»;
Федеральный закон от 30.03.1995 №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»;
Закон РФ от 22.12.1992 №4180-I «О трансплантации органов и (или) тканей человека»;
Закон РФ от 02.07.1992 №3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и т.д.
На основе федеральных законов приняты и действуют многие подзаконные нормативно-правовые акты федерального уровня. Они составляют третий уровень законодательства, регулирующего правоотношения при оказании медицинской помощи, и им отводят особое место в системе нормативных правовых актов в сфере здравоохранения. Это Указы Президента, постановления Правительства РФ, приказы Министерства здравоохранения РФ и др.

Билет № 2

1. Клинико-морфологическая характеристика ссадин.
2. Судебно-медицинская экспертиза утопления. Типы утопления, их морфологические признаки.
3. Общая характеристика прав и обязанностей пациента при оказании медицинской помощи.

ОТВЕТ:

1. Ссадина — это повреждение кожи, не распространяющееся глубже ее сосочкового слоя. Дно ссадины вначале влажное, блестящее, расположено ниже уровня окружающей кожи. Через несколько часов дно подсыхает и постепенно начинает заполняться корочкой, представляющей собой засохший экссудат, некротизированный эпителий и сосочковый слой дермы. К концу первых суток корочка достигает уровня окружающей кожи, затем 36 приподнимается над ним. С 4–5-го дня по границам ссадины начинается эпителизация, а края корочки отслаиваются. К 7–9-му дню эпителизация заканчивается, и корочка отпадает, обнажая розовую гладкую поверхность, легко собирающуюся в мелкие складки. К концу второй недели место, где была ссадина, не отличается от окружающей кожи. Число ссадин, как правило, равно числу травмирующих действий. Однако ссадины, локализующиеся на выступающих частях в пределах одной области тела или на нескольких сопряженных поверхностях тела, могут образоваться и от однократного действия широкой поверхности тупого предмета. Размеры ссадин колеблются от точечных до нескольких десятков, а иногда — сотен квадратных сантиметров. Площадь ссадин зависит от площади контактирующей с телом поверхности тупого предмета и от протяженности динамического контакта. При таком контакте тупой предмет образует ссадину, начальный участок которой наиболее углублен. У противоположного конца могут быть заметны белесоватые лоскутки отслоенного

эпидермиса. Эти признаки позволяют установить направление движения тупого предмета при образовании ссадин. Форма ссадин отличается разнообразием и зависит от формы травмирующей поверхности тупого предмета и механизма образования ссадин. При динамическом контакте образуется полосовидная ссадина, ширина которой может отражать один из размеров травмирующей поверхности тупого предмета. Иногда на поверхности ссадины выделяются множественные параллельные друг другу прямолинейные поверхностные царапины, которые возникают от того, что травмирующая поверхность предмета была неровной, шероховатой. При ударе или сдавлении форма ссадины нередко повторяет форму и рельеф поверхности тупого предмета.

2. Подавляющее большинство утоплений — это несчастные случаи во время купания, занятий водным спортом или при случайном попадании человека в воду. Поэтому наибольшее количество людей тонет поздней весной, летом и ранней осенью. Известны случаи самоубийства путем утопления. Встречается утопление и как способ убийства. В этих случаях речь идет о том, что здорового человека сталкивают в воду (например, с моста, из лодки), или преступник приводит его в беспомощное состояние (отравление, опьянение, травма), а потом сбрасывает в воду. Водоемы используют как место сокрытия трупа или его частей. Трупы могут обнаруживаться в воде в следующих ситуациях: • смерть от заболевания, наступившая перед попаданием трупа в воду; • смерть от заболевания, наступившая в воде; • смерть от травмы, наступившая перед попаданием трупа в воду; • смерть от травмы, наступившая в воде; • смерть от утопления; • смерть от других воздействий водной среды (рефлекторная остановка сердца, переохлаждение и др.). Утоплению и скоропостижной смерти в воде способствует ряд условий. Это прежде всего патологические состояния, возникшие к моменту попадания в воду или во время нахождения в воде: сильная боль, судороги, потеря сознания и координации движений и др. Они могут наблюдаться при хронических сердечно-сосудистых заболеваниях, опухолевых процессах, острых инфекциях и т.д., а также при интоксикациях. Из последних наиболее распространено алкогольное опьянение, которое в наше время может встретиться даже у детей дошкольного возраста (в одном из наблюдений авторов концентрация этанола в крови составляла около 1‰). В эту группу включают также молодых крепких субъектов (в том числе спортсменов-пловцов), погибающих в воде после физического переутомления или резкого перегревания. Опасные ситуации создают риск утопления, но не обязательно предопределяют смерть от него. Речь идет о попадании человека, не умеющего плавать, в глубокие места, водовороты, штормовые волны, затопляемые помещения, тонущие корабли. Имеют значение и свойства воды: холодная и загрязненная вода вызывает больше патологических рефлексов. Процесс нарушения функций организма при утоплении проходит те же стадии, что и при механической асфиксии других видов. Поэтому и генез смерти при утоплении первоначально связывали с механическим закрытием дыхательных путей водой. Позднее была установлена важная патогенетическая роль проникновения в кровеносную систему воды с нарушением гомеостаза. Кроме того, выяснилось, что существуют по меньшей мере два основных типа утопления: при первом смерть наступает при явлениях фибрилляции желудочков сердца (аспирационный тип), при втором — при явлениях асфиксии от закрытия дыхательных путей (обструктивный тип). Отличительная черта первого типа утопления — массивная аспирация воды. Ее проникновение в дыхательные пути и легкие начинается сразу или вскоре после погружения в воду, во время одышки. В зависимости от условий утопления возможно проникновение воды и в последующие стадии, в частности во время терминальных дыхательных движений. Количество аспирированной жидкости, проникающей в дыхательные пути, зависит

от ее консистенции, температуры, наличия в организме алкоголя и продолжительности пребывания под водой. Количество жидкости, попадающей в легкие при утоплении, способно колебаться в значительных пределах и может на 100% превысить средний вес легких. Следует обратить внимание на то, что распределение воды в легких неравномерно. Это связано с невозможностью полного вытеснения всего имеющегося в легких воздуха при аспирации воды. Эксперименты с добавлением различных веществ в среду утопления и их последующим определением в крови показали реальную возможность проникновения воды с растворенными в ней веществами в кровеносную систему. Быстрота и массивность проникновения воды в кровеносную систему дают основание говорить об активном участии легочных мембран в диффузии жидкости. Морфологические исследования выявили среди прочего факт повреждения сосудов легких, что также способствует проникновению воды в кровоток. Теоретически допускается и лимфогенный путь, но эта возможность еще не доказана экспериментально. Утопление в пресной воде сопровождается значительным поступлением воды из легких за счет осмотических процессов в кровяное русло и левую половину сердца с развитием гиперволемии и гемодилюции. Содержание натрия в плазме, особенно левой половины сердца, резко снижено (иногда до 50%) в связи с разведением крови в этом отделе сердца и практически не зависит от степени гемолиза, так как содержание натрия в эритроцитах относительно невелико. Содержание калия увеличивается в три раза и более в плазме крови левого сердца и обязано своим происхождением главным образом массивному гемолизу. В то же время высокий уровень содержания калия в крови нижней полой вены, где степень гемолиза обычно оказывается наименьшей, показывает, что возникающая при утоплении гиперкалиемия в определенной степени зависит и от мобилизации калия из скелетных мышц и клеток печени в результате реакции симпатоадреналовой системы на острую гипоксию любого генеза. Наряду с выраженной гипонатриемией и гиперкалиемией, отмечается и заметное снижение уровня кальция, особенно в плазме крови левой половины сердца. В результате ионного дисбаланса на фоне резко выраженного кислородного голодания уже на первой минуте появляется частичная, а иногда и полная атриовентрикулярная блокада. Гиперкалиемия предопределяет также фибрилляцию желудочков. Все это приводит к тому, что уже на 2–3-й минуте после погружения в воду возможна первичная остановка сердца при продолжающихся, хотя и редких, дыхательных движениях. Содержание белков в крови снижается, несмотря на то что за счет гемолиза прибавляется гемоглобин и плазма крови приобретает красный оттенок. Признаком гемолиза является также окрашивание в красный цвет интимы аорты и эндокарда. Вследствие резких биохимических сдвигов в крови возможность работы сердца как насоса уменьшается и кровь в левом сердце становится более разведенной. Поэтому степень разведения крови в левом и правом сердце используется для диагностики утопления. При аспирационном типе утопления кожные покровы бледные. Трупные пятна розового или светло-фиолетового цвета. Вокруг отверстий носа, рта и в дыхательных путях — белая мелкопузырчатая пена с розоватым оттенком. Этот признак описал С.В. Крушевский в 1870 г., работая в лаборатории И.М. Сеченова. По воспоминаниям известного русского анатома и хирурга И.В. Буяльского, еще в 20-е годы XIX века на этот признак утопления обращал внимание студентов профессор Императорской медико-хирургической академии С.А. Громов. Некоторые исследователи выделяют мелкопузырчатую пену как единственный достоверный признак утопления. Однако, к сожалению, она встречается не всегда. Розоватый оттенок пена имеет за счет гемолиза эритроцитов. Пена эта стойкая и не спадается, даже если ее снять. Высохнув, она образует ячеистый рисунок. Своеобразный характер и необычная стойкость пены

свидетельствуют об участии в ее образовании сурфактанта легких, который в виде субмикроскопического слоя располагается в альвеолах на границе с воздухом. Его основную часть — более 70% — составляют липиды, в частности лецитин. Являясь поверхностно-активным веществом, сурфактант регулирует поверхностное натяжение в альвеолах и препятствует их спадению на выдохе. Поскольку сурфактант обладает способностью аутолюминесценции в ультрафиолетовых лучах — его можно наблюдать на неокрашенных препаратах, но более отчетливо он виден после окраски рудомином 6Ж. При внутреннем исследовании трупа в дыхательных путях могут быть обнаружены ил, песок, водоросли или мелкопузырчатая розовая пена. Одно из характерных для утопления изменений — резкое вздутие легких: они увеличены в объеме, частично или полностью прикрывают сердце, выступают из плевральных полостей, края легких могут соприкасаться. За счет аспирированной воды значительно увеличивается и масса легких. Для установления объема легкие полностью погружают в мерный сосуд с водой и определяют количество вытесненной воды. Используя полученные данные и массу тела покойного, рассчитывают удельную массу легких (отношение массы обоих легких к их суммарному объему), их относительный объем (отношение объема легких к массе тела) и относительную массу легких (отношение массы легких к массе тела). При аспирационном типе утопления эти показатели характеризуются малыми значениями и составляют: удельная масса легких — 0,36 г/см³, относительная масса легких — 16 г/кг, относительный объем легких — 46 см³/кг. Под плеврой могут быть обнаружены полосчатые, без четких границ красноватые кровоизлияния (пятна Пальтауфа–Рассказова–Лукомского). При разрезе с поверхности легких стекает большое количество жидкости. Иногда легкие могут быть сухими. Это связано с тем, что аспирированная вода очень быстро всосалась в кровь. Сравнительная оценка состояния крови в левой и правой половине сердца и нижней полой вене уже у секционного стола показывает четкую разницу. Капли крови из указанных отделов на предметном стекле или фильтровальной бумаге в зависимости от разведения растекаются неодинаково. Капля крови левого сердца, как более разведенная, растекается быстрее и шире. Кровь в крупных сосудах и полостях сердца, как правило, жидкая. При аспирационном утоплении в желудке обычно небольшое количество свободной жидкости (до 200–300 мл). Следует собрать ее и измерить. Наличие жидкости утопления в пазухе основной кости (признак В.А. Свешникова) встречается довольно часто. После снятия долотом верхней стенки пазухи жидкость (если она есть) забирается шприцом, определяется ее объем, затем готовятся нативные препараты с целью микроскопического исследования для выявления планктона, спор растений, простейших и прочих элементов среды водоема. В случаях выраженных гнилостных изменений или при эксгумациях исследование пазухи основной кости также целесообразно. При отсутствии в ней жидкости рекомендуется в пазуху с помощью шприца ввести 2 мл дистиллированной воды с последующим ее извлечением и изучением нативных препаратов под микроскопом на присутствие элементов среды утопления. Описываемые ранее признаки — жидкость в полостях плевры и брюшины, отек печени, стенки и ложа желчного пузыря — в настоящее время считаются не имеющими диагностического значения. Вместе с аспирируемой жидкостью в кровь и внутренние органы проникают инородные частицы, в том числе планктон — совокупность мельчайших организмов, населяющих воду любого водоема. Он разделяется на растительный (фитопланктон) и животный (зоопланктон). Состав и насыщенность водоема планктоном изменяются в зависимости от сезона, времени суток, скорости течения воды и т.д. Для судебно-медицинской диагностики утопления наибольшее значение имеют диатомовые водоросли. Размеры их колеблются от 4 до 2000 мкм,

живут они одиночно или колониями. Главная особенность диатомей — в том, что они имеют кремнеземную оболочку, которая не разрушается при гниении трупа и при действии концентрированных кислот. Для диагностики утопления доказательное значение имеет обнаружение диатомей в костном мозге длинных трубчатых костей, а также в других внутренних органах, куда планктон проникает через большой круг кровообращения. Отсутствие диатомовых водорослей в костном мозге не дает оснований исключить смерть от утопления, поскольку это может быть его обтурационный тип. Кроме того, отрицательный результат может быть связан с отсутствием диатомовых водорослей в водоеме или их сезонным минимумом. Возможность проникновения планктона в кровь и внутренние органы через слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта (т.е. при обтурационном типе утопления) данными эксперимента не доказана. В легкие диатомеи могут попадать не только при утоплении, но и при смерти в воде, а также посмертно. Обнаружение диатомового планктона имеет особое диагностическое значение в случаях гнилостного разложения трупа. В период диатомового минимума и при отсутствии диатомей в водоеме предложен бактериальный метод. Оказалось, что имеются виды бактерий, не патогенные для человека и содержащиеся только в воде. Они относятся к семейству псевдомонад. При аспирационном типе утопления, сопровождающемся проникновением в кровоток среды водоема, эти псевдомонады поступают в кровь. Их можно высеять на определенных средах. Но этот метод дает положительный результат только в первые 20 ч после смерти, пока кровь трупа сохраняется стерильной. При утоплении аспирируются с водой и проникают в кровь и внутренние органы не только диатомовые водоросли, но и псевдопланктон — кварцсодержащие минеральные частицы. Поэтому их обнаружение во внутренних органах, в частности в сосудистых сплетениях головного мозга, подтверждает факт прижизненного попадания в воду. Необходимо, однако, учитывать возможность обнаружения псевдопланктона у лиц, длительное время работавших в условиях повышенной запыленности воздуха и умерших не от утопления. Гистологическое исследование внутренних органов, в первую очередь легких, является обязательным. При аспирационном типе утопления обнаруживаются острая эмфизема легких и малокровие сосудов, а также резкий интерстициальный и интраальвеолярный серозно-геморрагический отек. Постоянная находка при аспирационном типе — гемолиз, сопровождающийся выходом гемоглобина в отечную жидкость. В легких при микроскопии выявляются: • многочисленные частицы гумуса (органические микрочастицы — коричневые глыбчатые аморфные зерна); • фрагменты растительной клетчатки; • элементы планктона (не только диатомового); • микропесчинки (белые полупрозрачные блестящие неправильной формы частицы). В легких лиц, погибших от механической травмы, трупы которых находились в воде, микрочастицы среды утопления при гистологическом исследовании не обнаруживаются или немногочисленны. Из элементов планктона, проникающих при утоплении в легкие, при гистологическом исследовании наиболее легко обнаруживаются зеленые и сине-зеленые водоросли (фитопланктон), а также простейшие одноклеточные животные (зоопланктон). В основе других способов лабораторных исследований лежит поиск различия степени разведения крови в левой и правой половинах сердца. К ним относятся определение концентрации электролитов (прежде всего натрия) и измерение электропроводности. При аспирационном утоплении наибольшей электропроводностью обладает кровь наиболее разведенная (т.е. кровь из левой половины сердца), наименьшей — кровь из нижней полой вены. Поверхность водоемов вблизи населенных пунктов, портов, пристаней, особенно в прибрежной полосе, часто бывает загрязнена различными нефтепродуктами — топливными и смазочными материалами. Даже слабое

загрязнение водоема нефтепродуктами может быть использовано в судебно-медицинских целях. При утоплении, сопровождающемся попытками всплыть, высока вероятность заглатывания поверхностных слоев воды вместе с масляной пленкой. В таких случаях обнаружение нефтепродуктов в содержимом желудочно-кишечного тракта может свидетельствовать об утоплении. Присутствие нефтепродуктов доказывают люминесцентным методом, обнаруживая специфическое голубоватое свечение в содержимом или на слизистой оболочке желудка. Оценка спектра флюоресценции позволяет приблизительно высказаться о сходстве нефтепродуктов, обнаруженных в содержимом желудочно-кишечного тракта и среде утопления. Однако такая оценка должна быть осторожной при утоплении в проточных водоемах, перемещении трупа и др. Утопление аспирационного типа в морской воде, которая по отношению к крови является гипертонической средой, влечет за собой выход в просвет альвеол плазмы крови с развитием резкого отека легких и возникновением острой легочной недостаточности. Сердечная деятельность прекращается позже дыхания. Остановка сердца происходит в результате гипоксии миокарда. Этот вид аспирационного типа утопления не имеет признаков, указывающих на проникновение среды водоема в кровь. Явления гемолиза и неоднородной гемодилюции отсутствуют, — напротив, возникают процессы гемоконцентрации артериальной крови с повышением коэффициента вязкости и гиповолемией. В легких наблюдаются очаговые ателектазы, резкий отек и крупноочаговые кровоизлияния со снижением воздушности легочной ткани. Пена, обнаруживаемая в дыхательных путях и легких, имеет мелкоячеистый вид и ярко-белый цвет. Планктоноскопическое исследование органов погибших безрезультатно. Диагностика утопления в иных средах, например, в краске, обычно не представляет труда. В просвете верхних дыхательных путей и бронхов, пищевода и желудка, в пазухе основной кости обнаруживается жидкость, в которой произошло утопление. Она же стекает с поверхности разрезов легких. При гистологическом исследовании просвет альвеол частично или полностью заполнен гомогенными массами соответствующего цвета. Ведущим фактором в наступлении смерти при спастическом типе утопления является стойкий ларингоспазм как ответная реакция на раздражение рецепторов верхних дыхательных путей водой. Поэтому этот тип утопления называют также «сухим». Проникновение воды в дыхательные пути не происходит, а если и происходит, то лишь в терминальном периоде, когда ввиду кратковременности этого периода и единичности дыхательных движений возможна аспирация лишь небольшого количества воды, которая не может вызывать выраженные биохимические изменения крови. Содержание в крови калия растет, но не за счет разрушения эритроцитов, а за счет мобилизации функции симпатоадреналовой системы в ответ на гипоксию. Смерть наступает от первичной остановки дыхания. К факторам, способствующим возникновению спастического типа утопления, относят предшествующее резко выраженное торможение центральной нервной системы, возникающее под влиянием алкогольного опьянения, травмы черепа, испуга, вызванного внезапностью катастрофы, и т.д. При спастическом типе утопления ведущее звено танатогенеза — острое расстройство внешнего дыхания в результате стойкого ларингоспазма. Это приводит к формированию морфологических признаков, характерных для любой асфиксии: цианоза, обилия трупных пятен, полнокровия, жидкого состояния крови, субсерозных кровоизлияний и т.д. Легкие вздуты, но они сухие, масса их не увеличена, пены в них, как правило, мало. Отмечаются истончение межальвеолярных перегородок и их разрывы с кровоизлияниями в легочную ткань. В легочных венах, особенно в левом отделе сердца, нередко обнаруживаются пузырьки воздуха, которые проникают в сосудистое русло через поврежденные сосуды межальвеолярных

перегородок. Достоверным данный признак является лишь при учете степени выраженности воздушной эмболии и исключении возможности нахождения в полости сердца гнилостных газов. Показатели морфометрии легких выше, чем при аспирационном типе. В результате повышения давления в системе полых вен при спастическом типе утопления происходит заброс эритроцитов в грудной лимфатический проток. Лимфогемия выявляется при микроскопическом исследовании грудного лимфатического протока. Возникновение ларингоспазма приводит к значительному снижению давления в носоглотке. Из-за разности давления среда утопления через грушевидные щели начинает поступать в пазуху основной кости. Объем ее может достигать 5 мл и более. Снижение давления в носоглотке и непроизвольные глотательные движения ведут к заглатыванию больших количеств воды (до 1 л и более). Для того чтобы отличить воду, заглоченную в процессе утопления, от поступившей с пищей, желудочное содержимое отстаивают в цилиндре — заглоченная при утоплении вода образует три слоя: плотный осадок, прозрачная жидкость, и на ее поверхности мелкопузырчатая пена. В случаях рвоты под водой можно обнаружить пустой растянутый желудок с надрывами слизистой. Переполнение водой желудка иногда бывает решающим признаком при дифференциации с другими видами асфиксии, поскольку при них картина вскрытия идентична, но воды в желудке мало или нет вовсе. Особое значение для доказательства спастического типа утопления имеет проба на нефтепродукты. По наблюдениям авторов, аспирационный тип утопления встречается в среднем около 30% случаев, спастический — в 40% случаев. В некоторых случаях возможно сочетание разных типов утопления — тогда говорят о смешанном типе. Иногда выделяют еще один тип утопления — «синкопальный», при котором смерть наступает вследствие одновременного рефлекторного прекращения деятельности сердца и дыхания. Такой тип встречается в 10–15% случаев утопления. Его наблюдают у женщин и детей вследствие резких эмоциональных сдвигов (испуг), воздействия холодной воды (гидрошок) или раздражения верхних дыхательных путей даже небольшими количествами проникшей воды (ларингофарингеальный шок). Отмечаются резкая бледность кожных покровов и скелетной мускулатуры за счет ангиоспазма, полнокровие в системе нижней полой вены и признаки быстрой смерти. Однако на практике доказать такой вариант смерти почти никогда не удается.

3. Действующее законодательство закрепляет систему прав, свобод, законных интересов и обязанностей человека, обратившегося за медицинской помощью, что составляет правовой статус пациента в медицинских правоотношениях.

   Права пациента тесно взаимосвязаны с конституционными правами человека (это частный случай отражения прав человека и гражданина, обратившегося за медицинской помощью) и расширяют их содержание.

   Правовой статус пациента производен от следующих фундаментальных прав и свобод человека, закрепленных в Конституции Российской Федерации:

   — право на жизнь (ст. 20);
   — право на достоинство личности (ст. 21);
   — право на свободу и личную неприкосновенность (ст. 22);
   — право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну (ч. 1 ст. 23);
   — право на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41).

   Основополагающий перечень прав пациента закреплен в п. 5 ст. 19 ФЗ №323. Согласно указанной норме, пациент имеет право на:

   — выбор врача и медицинской организации в соответствии со ст. 21 ФЗ №323;

— профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
— получение консультаций врачей-специалистов;
— облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
— получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья (ст. 22 ФЗ №323);
— получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
— защиту сведений, составляющих врачебную тайну (ст. 13 ФЗ №323);
— отказ от медицинского вмешательства (ст. 20 ФЗ №323);
— возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
— допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
— допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

Рассмотрим подробнее особенности реализации некоторых прав пациентов, которые были введены ФЗ №323 впервые.

Новелла ФЗ №323 — право на получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях. В законе впервые дано определение лечебного питания и установлены особенности его назначения.

Так, согласно ст. 39 ФЗ №323, лечебное питание — это питание, обеспечивающее удовлетворение физиологических потребностей организма человека в пищевых веществах и энергии с учетом механизмов развития заболевания, особенностей течения основного и сопутствующего заболеваний и выполняющее профилактические и лечебные задачи. Лечебное питание рассматривают как неотъемлемый компонент лечебного процесса и профилактических мероприятий, включающий пищевые рационы, которые имеют установленный химический состав, энергетическую ценность, состоят из определенных продуктов, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, подвергаемых соответствующей технологической обработке.

Отдельной нормой определено, что представляют собой специализированные продукты лечебного питания: пищевые продукты с установленным химическим составом, энергетической ценностью и физическими свойствами, доказанным лечебным эффектом, которые оказывают специфическое влияние на восстановление нарушенных или утраченных в результате заболевания функций организма, профилактику этих нарушений, а также на повышение адаптивных возможностей организма (п. 3 ст. 39 ФЗ № 323).

Нормы лечебного питания утверждает уполномоченный федеральный орган исполнительной власти. Так, в настоящее время действует ряд подзаконных нормативных правовых актов, закрепляющих нормы лечебного питания и другие особенности его организации (например, приказом Министерства здравоохранения РФ от 21.06.2013 №395н утверждены нормы лечебного питания и др.).

Федеральный закон №323-ФЗ ввел множество новаций в сфере реализации прав пациентов при оказании медицинской помощи, одна из которых — появление

отдельной статьи, раскрывающей содержание и механизм реализации гражданами права выбора врача и медицинской организации.
Остальные права пациента, закрепленные в ст. 19 ФЗ №323, не новы для российского законодательства, регулирующего правоотношения при оказании медицинской помощи, вместе с тем принятие множества подзаконных актов, направленных на реализацию норм ФЗ №323, существенно расширяет их содержание.
Необходимо также отметить, что в отличие от ранее действовавших Основ законодательства 1993 г. не включены в перечень прав пациента право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.
Однако ст. 6 ФЗ №323 впервые закреплен принцип приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи в системе основных, базовых начал охраны здоровья.
Содержание принципа соблюдения приоритета прав пациента сведено к следующему:
- при оказании медицинской помощи необходимо соблюдать этические и моральные нормы, а также уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации;
- медицинскую помощь пациенту надо оказывать с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента;
- при оказании медицинской помощи должен быть обеспечен надлежащий уход за пациентом;
- организацию оказания медицинской помощи пациенту надо осуществлять с учетом рационального использования его времени;
- требования к проектированию и размещению медицинских организаций необходимо устанавливать с учетом соблюдения санитарно-гигиенических норм и обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях;
- при оказании медицинской помощи должны быть созданы условия, обеспечивающие возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации.
Правовой статус пациента составляют не только его права, но и обязанности. Так, ст. 27 ФЗ №323 впервые закреплены обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
- Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.
- Граждане в случаях, предусмотренных законодательством РФ, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством РФ, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.
- Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.
Перечисленные обязанности носят абстрактный характер, так как не определены конкретные меры ответственности за их невыполнение, однако данные нормы направлены на развитие ответственного отношения граждан к своему здоровью, а, следовательно, на реализацию принципа приоритета профилактики в сфере охраны здоровья.

Необходимо также отметить, что отдельные обязанности граждан конкретизированы нормами специальных федеральных законов, регулирующих особенности оказания определенного вида медицинской помощи (психиатрической помощи, донорства крови и ее компонентов, донорства и трансплантации органов и (или) тканей человека и т.д.). В частности, отдельные обязанности граждан закреплены в ст. 10 Федерального закона от 30.03.1999 №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», ст. 5 Федерального закона от 17.09.1998 №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», ст. 13 Федерального закона от 01.06.2001 №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» и др.

Трудовым кодексом РФ (ТК РФ) и иными федеральными законами закреплены обязанности граждан по прохождению обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров (обследований), а также внеочередных медицинских осмотров (обследований) по направлению работодателя (ст. 213 ТК РФ).

Таким образом, выполнение гражданами определенных обязанностей при получении медицинской помощи направлено на улучшение состояния их здоровья и повышение эффективности выполняемого медицинского вмешательства, так как при невыполнении предписаний врача, несообщении необходимых сведений о себе, нарушении режима возникает риск снижения качества оказываемых медицинских услуг.

Билет № 3

1. Процессуальное положение врача на месте происшествия и при производстве судебно-медицинской экспертизы.
2. Клинико-морфологическая характеристика переломов.
3. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства: содержание и порядок оформления.

ОТВЕТ:

1. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации (УПК РФ), является федеральным законодательным актом, который определяет порядок судопроизводства по уголовным делам в России (ст. 1 УПК РФ). В число участников уголовного судопроизводства входят эксперт (ст. 57 УПК РФ) и специалист (ст. 58 УПК РФ). Таким образом, выполнение положений УПК РФ является обязательным для всех лиц, занимающих в Бюро судебно-медицинской экспертизы должность врача — судебно-медицинского эксперта и участвующих в деле в качестве процессуального лица судебно-медицинского эксперта или специалиста (ст. 1 УПК РФ). Раскрытие преступлений и изобличение виновных проводят органы предварительного следствия, органы дознания и суд. Судопроизводство — регулируемая законом деятельность суда и судьи при разбирательстве гражданских, административных и уголовных дел, органа дознания или дознавателя, следователя и прокурора при возбуждении уголовного дела, проведении дознания и предварительного следствия. Задачами уголовного судопроизводства являются быстрое и полное раскрытие преступлений, изобличение виновных и обеспечение правильного применения закона с тем, чтобы

каждый, совершивший преступление, был подвергнут справедливому наказанию и ни один невиновный не был привлечен к уголовной ответственности и осужден. Предварительное следствие ведут следователи прокуратуры, органов внутренних дел и федеральной службы безопасности. Дознание — форма предварительного расследования по уголовному делу, по которому производство предварительного следствия необязательно. В обязанности органов дознания входит также выполнение неотложных следственных действий по уголовным делам, по которым производство предварительного следствия обязательно. Дознанием занимаются органы милиции, командиры воинских частей, соединений и начальники военных учреждений (по делам о всех преступлениях, совершенных подчиненными им военнослужащими, военнообязанными и гражданскими работниками в связи с исполнением ими служебных обязанностей в расположении части или военного учреждения), капитаны морских судов, находящихся в дальнем плавании, начальники зимовок в период отсутствия транспортных связей с зимовкой. По отдельным предусмотренным законом делам дознание проводят органы федеральной службы безопасности, пограничной охраны и государственного пожарного надзора, а также начальники исправительно-трудовых учреждений. Основополагающая черта российского уголовного судопроизводства — презумпция невиновности: подозреваемый считается невиновным до тех пор, пока его вина не будет доказана в установленном законом порядке. Иначе говоря, обязанность доказывания вины лежит на органах расследования. Судебные доказательства — фактические данные, способные подтвердить имеющие значение для правильного разрешения дела факты, полученные и сформулированные в установленном законом порядке. Один из источников доказательств в гражданском и уголовном процессе — судебная экспертиза, основная форма использования юристами достижений науки и других специальных познаний. Судебная экспертиза — процессуальное действие, состоящее из проведения исследований и дачи заключения экспертом по вопросам, требующим специальных знаний и поставленных судом, судьей, дознавателем, следователем или прокурором, для установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по расследуемому делу. Экспертом является лицо, обладающее специальными знаниями и назначенное в порядке, установленном УПК РФ, для производства судебной экспертизы и дачи заключения (ст. 57 УПК РФ). Судебно-медицинская экспертиза — предусмотренное и регламентированное законом, проводимое врачом научно-практическое исследование конкретных объектов, предпринимаемое для решения конкретных медицинских и медико-биологических вопросов, возникающих при проведении конкретного дознания, предварительного следствия и судебного разбирательства. В обязательном порядке судебно-медицинскую экспертизу проводят, если необходимо установить: • причину смерти; • характер и степень вреда, причиненного здоровью; • физическое состояние подозреваемого или обвиняемого, когда возникает сомнение в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве; • физическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания; • возраст подозреваемого, обвиняемого или потерпевшего, когда это имеет значение для уголовного дела, а документы, подтверждающие его возраст, отсутствуют или вызывают сомнение (ст. 196 УПК РФ). Решение других частных вопросов определяется особенностями обстоятельств конкретного расследуемого дела. Судебная экспертиза может производиться как государственными судебными экспертами, так и иными лицами, обладающими специальными знаниями (ст. 195 УПК РФ). Любой врач становится судебно-медицинским экспертом по определенному уголовному делу только тогда,

когда он назначается экспертом в соответствии с постановлением следователя или определением суда. При этом следует различать судебно-медицинского эксперта как штатного сотрудника судебно-медицинского учреждения и судебно-медицинского эксперта как процессуальную фигуру, которым может быть врач любой специальности, занимающий любую должность. Эксперт не имеет права: • без ведома следователя и суда вести переговоры с участниками уголовного судопроизводства по вопросам, связанным с производством судебной экспертизы; • самостоятельно собирать материалы для экспертного исследования; • проводить без разрешения дознавателя, следователя, суда исследования, могущие повлечь полное или частичное уничтожение объектов либо изменение их внешнего вида или основных свойств; • давать заведомо ложное заключение; • разглашать данные предварительного расследования, ставшие известными ему в связи с производством экспертизы и ограничивающие конституционные права граждан, а также сведения, составляющие охраняемую законом тайну (государственную, следственную, коммерческую и др.). За дачу заведомо ложного заключения и за разглашение данных предварительного расследования эксперт несет уголовную ответственность. Важно отметить, что эксперт несет единоличную ответственность за полноту и объективность заключения. Начальник Бюро судебно-медицинской экспертизы имеет право (но не обязан) лишь высказать свое мнение, т.е. информировать лицо, назначившее экспертизу, в сопроводительном письме о несогласии с методикой или выводами конкретного эксперта. Эксперт не может принимать участие в производстве по уголовному или гражданскому делу, если имеются обстоятельства, дающие основание полагать, что он лично, прямо или косвенно, заинтересован в исходе данного дела (например, является потерпевшим, гражданским истцом, гражданским ответчиком или свидетелем по данному делу, родственником любого из участников производства по данному делу, находился или находится в служебной или иной зависимости от сторон или их представителей и т.д.), а также если обнаружится его некомпетентность (ст. 61, 70 УПК РФ). Предыдущее его участие в производстве по уголовному делу в качестве эксперта или специалиста не является основанием для его отвода. Эксперт имеет право: • знакомиться с материалами уголовного дела, относящимися к предмету судебной экспертизы; • ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения, либо привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов (в случае большого объема исследований, необходимости использования аппаратуры, которой нет в распоряжении эксперта, а также в случае, когда, по мнению эксперта, для ответа на поставленные вопросы требуется привлечение экспертов других специальностей); • участвовать с разрешения дознавателя, следователя, прокурора и суда в процессуальных (следственных) действиях (допросах, следственных экспериментах и т.д.) и задавать вопросы, относящиеся к предмету судебной экспертизы; • давать заключение в пределах своей компетенции, в том числе по вопросам, хотя и не поставленным в постановлении о назначении судебной экспертизы, но имеющим отношение к предмету экспертного исследования; • приносить жалобы на действия (бездействие) и решения дознавателя, следователя, прокурора и суда, ограничивающие его права; • отказаться от дачи заключения по вопросам, выходящим за пределы специальных знаний, а также в случаях, если представленные ему материалы недостаточны для дачи заключения (ст. 57 УПК РФ). Эксперт обязан давать заключение только в пределах своей компетенции, т.е. своих специальных знаний. Заключение считается выходящим за пределы экспертной компетенции в двух случаях: • если врач, отвечая на вопрос, вторгается в сферу немедицинских наук — литературы, психологии, юриспруденции, технических наук и др.; • если для решения поставленного вопроса вообще не

требуется никаких специальных знаний и достаточно субъективных суждений, основанных на «жизненном опыте», «здравом смысле» и др. Предметом судебно-медицинской экспертизы являются медицинские и медико-биологические вопросы, возникающие при проведении дознания, предварительного следствия и судебного разбирательства. Объектами судебно-медицинской экспертизы являются живые люди, трупы, вещественные доказательства. Эксперт исследует эти объекты либо непосредственно, либо изучает имеющиеся о них записи в материалах дела. Признав необходимым проведение экспертизы, следователь составляет специальный юридический документ — постановление. В нем указывают основания для назначения экспертизы, фамилию эксперта или наименование учреждения, в котором должна быть проведена экспертиза, вопросы, подлежащие экспертному решению, а также материалы, предоставляемые в распоряжение эксперта. Следователь вправе присутствовать при проведении всех этапов экспертизы. В случаях тяжких преступлений присутствие следователя при проведении экспертизы желательно, поскольку обеспечивает более полный и оперативный обмен информацией между следователем и экспертом. При производстве судебной экспертизы в экспертном учреждении следователь направляет руководителю соответствующего экспертного учреждения постановление о назначении судебной экспертизы и материалы, необходимые для ее производства, а руководитель экспертного учреждения поручает ее производство конкретному эксперту или нескольким экспертам из числа работников данного учреждения. Он вправе возвратить без исполнения постановление о назначении судебной экспертизы и материалы, представленные для ее производства, если в данном учреждении нет эксперта соответствующей специальности либо специальных условий для проведения исследований. Если судебная экспертиза производится вне экспертного учреждения, то следователь вручает постановление и необходимые материалы эксперту и разъясняет ему его права и ответственность. Эксперт вправе возвратить без исполнения постановление, если представленных материалов недостаточно для производства судебной экспертизы или он считает, что не обладает достаточными знаниями для ее производства (ст. 199 УПК РФ). Единоличной называют экспертизу, проводимую одним экспертом. В комиссионной судебно-медицинской экспертизе участвуют не менее двух экспертов одной специальности. Комиссионный характер экспертизы определяется следователем либо руководителем экспертного учреждения, которому поручено производство судебной экспертизы. Эксперты образуют комиссию, все члены которой обладают равными правами, обязанностями и несут равную уголовную ответственность. Если по результатам проведенных исследований мнения экспертов по поставленным вопросам совпадают, то ими составляется единое заключение. В случае возникновения разногласий каждый из членов комиссии дает отдельное заключение по вопросам, вызвавшим разногласие (ст. 200 УПК РФ). Судебная экспертиза, в производстве которой участвуют эксперты разных специальностей (врачи, криминалисты, автотехники и т.д.), называется комплексной. Первый этап производства подобных экспертиз — определение оптимальной последовательности исследования объекта разными специалистами при сохранении информации на каждом последующем этапе экспертного исследования после предыдущих. Этот этап обеспечивается экспертным составом на координационном совещании. Далее производятся исследования и формулируются экспертные выводы (заключения) участников с указанием, какие исследования и в каком объеме провел каждый эксперт, какие факты он установил и к каким выводам пришел. Каждый эксперт, участвовавший в производстве комплексной судебной экспертизы, подписывает ту часть заключения, которая содержит описание проведенных им исследований, и несет за

нее ответственность (ст. 201 УПК РФ). Первичная экспертиза — первоначальное исследование объекта с составлением заключения эксперта. В подавляющем большинстве случаев первичная экспертиза дает такие ответы, которые вполне удовлетворяют следствие. Ее проводит, как правило, один эксперт. Однако в особо сложных и ответственных случаях первичная экспертиза может выполняться группой специалистов. Следователь вправе по собственной инициативе либо по ходатайству подозреваемого, обвиняемого или его защитника допросить эксперта для разъяснения данного им заключения (ст. 205 УПК РФ). При недостаточной ясности или полноте заключения эксперта, а также при возникновении новых вопросов, требующих экспертного исследования, может быть назначена дополнительная судебная экспертиза, производство которой может быть поручено тому же или другому эксперту. В случаях возникновения сомнений в обоснованности заключения эксперта или наличия противоречий в выводах экспертов может быть назначена повторная экспертиза, производство которой поручается другому эксперту или, что бывает чаще, нескольким другим экспертам (ст. 207 УПК РФ). По ходатайству сторон или по собственной инициативе суд вправе назначить судебную экспертизу или вызвать для допроса эксперта, давшего заключение в ходе предварительного расследования, для разъяснения или дополнения данного им заключения (ст. 282, 283 УПК РФ). Показания эксперта используются в суде в качестве доказательств, наряду с его заключением (ст. 74 УПК РФ). Если возникает необходимость исследовать специальные вопросы в суде, то на судебное заседание приглашают одного или нескольких экспертов — чаще всего тех, которые давали заключение в ходе дознания или предварительного следствия. Суд выясняет их специальность и компетентность, после чего выносит специальное определение, узаконивающее участие эксперта в данном судебном заседании. Эксперт присутствует на судебных заседаниях и имеет право задавать всем допрашиваемым вопросы, относящиеся к предмету экспертизы. В конце судебного следствия суд выносит определение, в котором ставит перед экспертом вопросы. Для дачи заключения эксперт обязан изучить необходимые материалы дела и, если это требуется, провести непосредственное исследование объектов: вещественного доказательства, живого человека, в исключительных случаях — эксгумированного трупа. Время, необходимое для проведения экспертизы в суде, определяет эксперт. Выполнив все необходимые исследования, эксперт дает письменное заключение, которое оглашает в судебном заседании. Для уточнения положений письменного заключения участники судебного разбирательства вправе задавать эксперту устные вопросы, на которые он дает устные ответы. Эти ответы заносят в протокол судебного заседания. Если эксперту, кроме заданных, предлагают ответить на новые вопросы, то на них целесообразно давать письменные ответы. Права и обязанности государственных судебных экспертов, кроме УПК РФ, регламентируются Федеральным законом «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» № 73-ФЗ от 31.05.2001 г. Согласно ему государственным судебным экспертом является аттестованный сотрудник государственного судебно-экспертного учреждения, производящий судебную экспертизу в порядке исполнения своих должностных обязанностей. Государственными судебными экспертами являются все судебно-медицинские эксперты, работающие в федеральных или региональных учреждениях (центр, бюро) судебно-медицинской экспертизы. Государственный судебный эксперт не вправе: • принимать поручения о проведении судебно-медицинской экспертизы от любых органов и лиц за исключением руководителя экспертного учреждения; • осуществлять экспертную деятельность в качестве негосударственного эксперта.

Согласно ст. 58 и 168 УПК РФ, лицо, обладающее специальными знаниями (в том числе врач судебно-медицинский эксперт Бюро судебно-медицинской экспертизы),

может быть привлечено к участию в следственных действиях для содействия в обнаружении, закреплении и изъятии предметов и документов, применении технических средств в исследовании материалов уголовного дела, для постановки вопросов эксперту, а также для разъяснения сторонам и суду вопросов, входящих в его профессиональную компетенцию. Процессуальное положение специалиста иное, чем у эксперта. Он не дает заключений и не составляет протоколы следственных действий, а мнение специалиста не является доказательством в суде. Специалист вправе: • отказаться от участия в производстве по уголовному делу, если он не обладает соответствующими специальными знаниями; • задавать вопросы участникам следственного действия с разрешения дознавателя, следователя, прокурора и суда; • знакомиться с протоколом следственного действия, в котором он участвовал, и делать заявления и замечания, которые подлежат занесению в протокол; • приносить жалобы на действия (бездействие) и решения дознавателя, следователя, прокурора и суда, ограничивающие его права. Специалист не вправе разглашать данные предварительного расследования.

В производстве различных следственных действий врач участвует не как эксперт, а как специалист в области судебной медицины. Наиболее часто врача привлекают к осмотру трупа и следов человека на месте происшествия, к участию в следственном эксперименте и освидетельствовании следователем живых лиц, допросах, к изъятию образцов (кровь, слюна и др.) для последующего сравнительного исследования, участию в обыске и др. Специалист оказывает содействие следователю в обнаружении, закреплении и изъятии вещественных доказательств, обращает его внимание на обстоятельства, сопровождающие эти действия, и дает необходимые пояснения. Местом происшествия называется участок местности или помещение, где произошло расследуемое событие, например, обнаружение трупа. Осмотр места происшествия — это одно из первичных и неотложных следственных действий. Следователь проводит его в целях обнаружения следов преступления, установления обстановки происшествия, выявления фактических данных, характеризующих личность преступника, а также других сведений, имеющих значение для раскрытия преступления и изобличения виновных. Следователь осматривает место происшествия в присутствии понятых. Он может привлечь к участию в осмотре обвиняемых, подозреваемых, потерпевших, свидетелей и специалистов. Когда на месте происшествия необходимо осмотреть труп, выявить, описать, зафиксировать, сохранить и оценить следы биологического происхождения на вещественных доказательствах, следователь вправе привлечь специалиста в области судебной медицины, а при его отсутствии — любого врача. Результаты и условия осмотра места происшествия и трупа фиксируют в протоколе осмотра места происшествия, составляемом следователем.

2. Переломом называют нарушение анатомической целости кости. Различают переломы, возникающие непосредственно от травмирующего действия в месте контакта с травмирующим предметом (локальные или прямые переломы) и от общей деформации кости вследствие внешнего воздействия (конструкционные или непрямые переломы, переломы на протяжении). Прямые переломы позволяют судить о свойствах травмирующего предмета, виде и варианте травмирующего воздействия, непрямые переломы — только о варианте травмирующего тупого воздействия. Прямые переломы отличаются тем, что в месте контакта травмирующего предмета с костью происходят разрушение костных структур. В результате в месте приложения силы наблюдаются дефекты из-за выкрашивания костного вещества и отломки, иногда микроскопические. Костные пластинки по краям дефекта приподняты, нередко наслаиваются друг на друга. Непрямые переломы лишены этих признаков. Края прямых переломов представляют собой

крупнозазубренную ломаную линию, непрямые — мелкозазубренную. Эти признаки позволяют дифференцировать прямые и непрямые переломы любых костей скелета. Деформацией называют изменение формы и/или размеров тела от воздействия внешней силы. Переломы костей могут образовываться от деформаций изгиба, сдвига, сжатия, скручивания и отрыва (растяжения). Действие твердых тупых предметов с ограниченной поверхностью приводит к образованию переломов в результате деформации изгиба, сдвига или их комбинации. Сгибание кости приводит к изменению механических напряжений в костях: на выпуклой поверхности изгиба возникает зона растяжения, на вогнутой — сжатия. Поскольку кость менее устойчива к растяжению, на выпуклой поверхности диафиза образуется поперечная трещина, которая распространяется на боковые поверхности, где она раздваивается. Концы трещины соединяются на стороне сжатия, образуя крупный осколок. Сгибание трубчатой кости может быть при поперечном давлении на диафиз (например, при переезде колесом автомобиля), при продольном давлении на кость, а также при сгибании кости, один из эпифизов которой фиксирован. На стороне растяжения линия перелома всегда одинарная, прямолинейная, поперечная или косопоперечная, плоскость перелома ровная, края также ровные или мелкозубчатые, без расщепления, без дефектов компактного слоя (точно сопоставляющиеся при сведении отломков), нет костных фрагментов и дополнительных трещин. На стороне сжатия линия перелома зигзагообразная, косопродольная, проходит либо ниже, либо выше линии растяжения, плоскость перелома косая, поверхность ее неровная (зубцы наклонены в сторону приложения травмирующей силы), края перелома крупнозубчатые, с участками выкрашивания компактного слоя в виде мелких дефектов костной ткани, имеются костные отломки, дополнительные продольные трещины. Сдвиг кости происходит от резкого удара ребром, краем или узкой ограниченной поверхностью тупого предмета. Переломы от сдвига всегда прямые. Они имеют характер поперечных или косопоперечных. В месте приложения силы образуется небольшой скол компактного вещества. От краев перелома отходят тонкие трещины, свободные концы которых указывают на место удара. Иногда концы трещин, отходящих от противоположных краев перелома, соединяются и образуют на стороне удара крупный осколок, чаще всего ромбовидной формы. Сжатие кости в продольном направлении лежит в основе образования вколоченных переломов. Они локализуются в метадиафизарной области и представляют собой компрессионное разрушение балочной структуры, сочетающееся нередко с переломами, раскалывающими диафиз в продольном направлении. Такие переломы встречаются при падении с высоты на выпрямленные ноги и при падении на плоскости на выпрямленную руку. Вколоченные переломы всегда непрямые. Скручивание кости представляет собой ее вращение вокруг продольной оси при одновременной фиксации одного из концов кости. При этом возникают винтообразные переломы, нередко наблюдаемые у лыжников. Винтообразные переломы всегда непрямые. Отрыв костного вещества возможен лишь в области прикрепления сухожилий. Отделившаяся часть костной массы обычно невелика. Как правило, такие переломы наблюдаются у юных субъектов с незавершенными процессами окостенения при резких натяжениях сухожилий. Основное повреждение сустава — вывих. Однако он обычно сопровождается нарушением целости внутрисуставных и околосуставных анатомических образований в виде: разрывов околосуставных связок и мышц, околосуставных переломов костей в метафизной зоне, переломов околосуставных отростков (лопатка, ребро, локтевая кость), внутрисуставных переломов эпифизов, травматизации близлежащих кровеносных сосудов и нервных стволов. Сочетание морфологических особенностей при повреждениях суставов позволяет устанавливать механизм травматического воздействия: • при

«подсечках», «бросках с переворотом» и «силовым» падением тела происходит удар областью плечевого сустава с ротацией плеча, приводящий к образованию вилкообразных чрезмыщелковых переломов плечевой кости с элементами спиралевидной формы краев перелома; • при проведении болевого приема «нижний узел» в комбинации с резким заведением руки за спину возникают спиралевидные переломы верхней трети плечевой кости, разрывы плече-клювовидной связки и надостной мышцы, разрыв верхне-задней стенки капсулы плечевого сустава со смещением головки плечевой кости вверх и внутрь; • резкая наружная ротация предплечья при фиксированном локтевом отростке (силовое противоборство типа «армрестлинг») приводит к спиралевидным переломам нижней трети диафиза плечевой кости; • проведение приема «блок локтя», связанного с переразгибанием локтевого сустава, может завершиться щелевидным разрывом передней стенки капсулы локтевого сустава с разрывами его внутренней связки; • запредельное сгибание кисти вызывает разрывы волокон тыльной межзапястной связки. Переломы плоских костей зависят от размера и формы травмирующей поверхности тупого твердого предмета и варианта его действия: удара или сдавления. От удара по месту приложения силы возникают односторонние прямые переломы. Предметы с ограниченной ударяющей поверхностью, действующие с небольшой силой, могут вызвать линейный перелом (трещину), расширяющийся в направлении удара. В месте приложения силы могут образоваться и несколько радиально расходящихся переломов. От некоторых из них могут отходить дополнительные трещины, которые, соединяясь и взаимно пересекаясь, могут сформировать оскольчатые переломы на ограниченном участке свода черепа. При более сильных воздействиях образуются вдавленные переломы, соответствующие размерам травмирующей поверхности и нередко являющиеся негативным отображением ее формы. Если удар происходит не перпендикулярно, а под углом, осколки по краям перелома располагаются один над другим в виде ступенек, что дает основание называть эти переломы террасовидными. Удары большой силы могут вызвать полный сдвиг участка кости с образованием дырчатого перелома, отображающего форму и размеры травмирующей поверхности предмета. Удар небольшой силы, причиненный неограниченной поверхностью тупого твердого предмета, может привести к образованию одной, двух или трех радиально расходящихся трещин. При ударах большой силы в месте ее приложения образуется очаг оскольчатых переломов, ограниченных дугообразной трещиной. От этого очага радиально расходятся линейные трещины (так называемый паутинообразный перелом). Чем сильнее удар, тем больше площадь очага оскольчатых переломов. В зоне очага оскольчатых переломов заметна деформация в виде уплощения черепа. При сдавлении силы приложены к взаимно противоположным поверхностям головы и направлены навстречу одна другой. В местах приложения силы формируются очаги мелкооскольчатых переломов, окруженных одной или несколькими концентрическими следующими одна за другой дугообразными трещинами. Очаги оскольчатых переломов объединяются прямолинейными или несколько изогнутыми трещинами, показывающими направление сдавления. Сдавление нередко сопровождается деформацией головы, вплоть до ее полного сплющивания. В редких случаях при сдавлении образуется единичная линейная трещина. Она возникает от растяжения кости вне мест приложения силы и является непрямым переломом. При нескольких ударах по голове линия перелома, образовавшегося от последующего удара, будет прерываться линиями переломов, возникших от предыдущих ударов. При ударах по грудной клетке на месте ударов возникают прямые поперечные или оскольчатые переломы грудины, лопаток и ребер, сопровождающиеся разрывами пристеночной плевры. При этом ребро разгибается, компактное вещество на наружной стороне

подвергается сжатию, а на внутренней — растяжению. При сдавлении образуются множественные двусторонние двойные и тройные переломы ребер: в местах приложения силы возникают прямые, а на протяжении — непрямые переломы. Сдавление чаще всего происходит в передне-заднем направлении. При этом ребро сгибается и сжатие происходит на наружной стороне, а растяжение — на внутренней. Поэтому расположение признаков сжатия и растяжения, наряду с наличием или отсутствием наружных повреждений, позволяет установить механизм перелома. Переломы позвоночника от локального удара приводят к оскольчатым переломам тел и отростков отдельных позвонков. При действии сил по оси позвоночника образуются компрессионные переломы тел позвонков. При чрезмерно резком сгибании позвоночника чаще всего возникают вывихи и клиновидная компрессия передних отделов тел шейных позвонков (при разгибании — задних отделов). Такие переломы обычно сопровождаются повреждениями связочного аппарата позвоночника. Эти переломы нередки в условиях транспортных происшествий, а механизм их возникновения носит название хлыстообразных повреждений. При ударах в область таза в месте приложения силы возникают односторонние прямые единичные или двойные поперечные, или оскольчатые, переломы. При сдавлении таза образуются двусторонние двойные вертикальные переломы: в местах приложения силы находят прямые, а на протяжении — непрямые переломы костей таза. Дифференцировать механизм нарушения целости костной ткани позволяют и микроструктурные изменения в зоне перелома.

3. Правовые основы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и реализации права пациента на отказ от его проведения установлены ст. 20 ФЗ №323.

   Информированное добровольное согласие определено как необходимое предварительное условие любого медицинского вмешательства. Более того, согласие на медицинское вмешательство отнесено Законом к одной из основных форм медицинской документации, в которой регламентированы действия, связанные с оказанием медицинской помощи. Необходимо также подчеркнуть правовую значимость согласия и при проведении экспертной оценки качества медицинской помощи на любом уровне, в том числе и при проведении судебно-медицинской экспертизы для оценки наличия или отсутствия дефектов медицинской помощи. В целом данный документ служит источником доказательства по делам о привлечении медицинского работника или медицинской организации к тому или иному виду юридической ответственности.

   Обязательное условие перед оформлением согласия на медицинское вмешательство — предоставление гражданину или его законному представителю полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

   В некоторых случаях информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель (п. 2 ст. 20 ФЗ № 323):

   — в отношении несовершеннолетних, не достигших 15-летнего возраста (больных наркоманией — 16 лет);

   — в отношении несовершеннолетнего реципиента (до достижения им 18-летнего возраста) при необходимости трансплантации (пересадки) органов и тканей, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

— в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;
— в отношении несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими 18-летнего возраста).

Право гражданина, одного из родителей или иного законного представителя несовершеннолетних или недееспособных лиц отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, определено п. 3 ст. 20 ФЗ №323. Однако его реализация возможна только при соблюдении строго определенного порядка. В частности, при отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

Следует также отметить особенности отказа от медицинского вмешательства законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным. Законный представитель недееспособного лица может отказаться от медицинского вмешательства только в том случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства. Более того, законный представитель недееспособного лица обязан известить орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, не позднее дня, следующего за днем этого отказа. Медицинские работники обязаны известить законного представителя недееспособного лица о необходимости выполнения требований Закона.

Должностные лица медицинской организации, которым стало известно об угрозе жизни или здоровью ребенка, о нарушении его прав и законных интересов, обязаны сообщить об этом в орган опеки и попечительства по месту фактического нахождения ребенка (п. 3 ст. 56 Семейного кодекса РФ).

Важная гарантия защиты интересов недееспособных и несовершеннолетних лиц в случае отказа от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни, — право медицинской организации обратиться в суд с заявлением о защите интересов такого пациента (п. 5 ст. 20 ФЗ №323). Особенности рассмотрения указанной категории дел определены в гл. 31.1 Кодекса административного судопроизводства РФ (КАС РФ).

Так, ст. 285.3 КАС РФ установлено, что такие дела рассматривают в течение 5 дней с даты принятия заявления к производству, а при наличии ходатайства медицинской организации о медицинском вмешательстве в экстренной форме — в день поступления заявления. О времени и месте рассмотрения административного дела извещаются: лицо, отказавшееся от медицинского вмешательства в отношении несовершеннолетнего или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, медицинская организация, подавшая административное исковое заявление, орган опеки и попечительства, прокурор.

Суд вправе привлечь к участию в деле лицо, в отношении которого решается вопрос о медицинском вмешательстве, в случае, если этому не препятствует его состояние здоровья, а также иных заинтересованных лиц.

При рассмотрении административного дела суду необходимо выяснить следующие обстоятельства:

— требуется ли гражданину, в защиту интересов которого подано административное исковое заявление, медицинское вмешательство в целях спасения жизни;
— существует ли отказ законного представителя гражданина, в защиту интересов которого подано административное исковое заявление, от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни представляемого лица.
Обязанность доказывания указанных обстоятельств лежит на медицинской организации (ст. 285.4 КАС РФ).
В соответствии со ст. 285.5 КАС РФ суд принимает решение об удовлетворении (если установит наличие оснований для медицинского вмешательства в целях спасения жизни пациента) либо об отказе в удовлетворении административного искового заявления (при необоснованности требований).
Мотивированное решение суда должно быть изготовлено в полном объеме в день его принятия.
Решение суда об удовлетворении административного искового заявления является — основанием для медицинского вмешательства в отношении несовершеннолетнего или лица, признанного в установленном порядке недееспособным.
Суд вправе обратить решение об удовлетворении административного искового заявления к немедленному исполнению. В этом случае до изготовления мотивированного решения суда медицинской организации выдают заверенную копию его резолютивной части.
Как и согласие, отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий должен быть оформлен в письменной форме, подписан гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и сохранен в медицинской документации.

Билет № 4

1. Ранние трупные изменения. Судебно-медицинское значение.
2. Судебно-медицинская характеристика странгуляционной борозды.
3. Основания и порядок оказания медицинской помощи без согласия пациента и (или) его законного представителя.

ОТВЕТ:

1. После смерти человека в мертвом теле развиваются физические и химические процессы, не свойственные живому организму. Их называют трупными явлениями. Ранние трупные явления: ТРУПНЫЕ ПЯТНА После прекращения кровообращения кровь под действием силы тяжести пассивно перемещается по сосудам в нижележащие части тела и просвечивает через кожу, придавая ей сине-фиолетовый цвет (за счет восстановленного гемоглобина). Это явление носит название трупных пятен. Их считают абсолютным признаком смерти. Трупные пятна возникают в среднем через 1,5–2 ч после наступления смерти. В некоторых случаях при повышении проницаемости сосудистых стенок, резком переполнении венозной сети и быстром развитии трупных пятен в зоне их расположения образуются посмертные кровоизлияния — чаще всего точечные. В развитии трупных пятен различают три стадии. 1. Гипостаз — перемещение крови по сосудам. Соотношение между жидкой и твердой частями крови сохраняется. Давление на трупное пятно приводит к его исчезновению, а прекращение давления — к

быстрому восстановлению. Если труп в этой стадии перевернуть, то трупные пятна переместятся на новые нижележащие части тела. Гипостаз продолжается 8–12 ч. 2. Стаз — выход плазмы в околососудистое пространство и сгущение крови, оставшейся в сосудистом русле. Давление на трупное пятно не приводит к его полному исчезновению — оно лишь бледнеет и медленно восстанавливает первоначальный цвет. Если изменить положение трупа в этой стадии, то в новые нижележащие отделы тела переместится лишь часть крови, а другая часть сохранит первоначальную локализацию. Стаз длится 12–24 ч. 3. Имбибиция — гемолиз эритроцитов с диффузией гемоглобина в сосудистую стенку и пропитыванием тканей, окружающих околососудистое пространство. Даже при сильном давлении на трупное пятно интенсивность его окраски не меняется. При изменении положения мертвого тела трупные пятна сохраняют свою локализацию. Высокая температура окружающей среды ускоряет появление трупных пятен, низкая — замедляет. Быстрому темпу наступления смерти, при котором сохраняется жидкое состояние крови, свойственны более раннее образование трупных пятен, их интенсивная окраска и значительная площадь. При агональной смерти, сопровождающейся внутрисосудистым образованием кровяных свертков, трупные пятна появляются позднее, интенсивность их окраски меньше. При гибели от острой и массивной кровопотери трупные пятна могут оказаться либо вовсе незаметными, либо бледными и островчатыми. При отравлениях гемолитическими ядами ускоряется наступление имбибиции. Поэтапную динамику развития трупных пятен используют для суждения о давности смерти. Для стандартизации условий исследования трупных пятен предложены динамометры, обеспечивающие дозированное по силе и времени давление на трупное пятно. Разработаны устройства, позволяющие объективно улавливать степень снижения интенсивности окраски трупного пятна после давления на него в момент полного восстановления первоначальной окраски после прекращения давления. Эти данные сведены в специальные диагностические таблицы, графики, номограммы, которые учитывают давность смерти, состояние трупных пятен, их реакцию на дозированную динамометрию и ряд условий, зависящих от внешней среды и особенностей гибели организма. Процентное соотношение заполненных кровью сосудов в коже из области трупного пятна находится в прямой зависимости от длительности посмертного периода. Диаметр просвета сосудов дермы также постепенно увеличивается. Эти закономерности используют для гистологического метода определения давности наступления смерти. Цвет трупных пятен в ряде случаев косвенно указывает на причину смерти. Карбоксигемоглобин, образовавшийся в крови при отравлении угарным газом, придает им вишнево-розовую окраску. При отравлении метгемоглобинобразующими ядами трупные пятна приобретают сероватый оттенок, а при отравлении цианидами — вишневый за счет образования в крови цианметгемоглобина. В случаях смерти от сепсиса, вызванного Clostridium perfringens (например, при криминальных абортах), кожа приобретает бронзовый оттенок, в том числе в области трупных пятен. Если труп длительное время находился при низкой температуре окружающей среды, трупные пятна имеют розовую окраску. Низкая температура замедляет процессы окисления, и темп восстановления оксигемоглобина чрезвычайно снижается. Кроме того, после перемещения охлажденного трупа в теплое помещение на поверхности тела конденсируется влага, эпидермис набухает и разрыхляется, кислород проникает в кожу, взаимодействует с гемоглобином в поверхностных слоях трупных пятен и образует оксигемоглобин. При сопоставлении позы трупа в момент его обнаружения и локализации трупных пятен в отдельных случаях можно установить факт посмертного изменения положения тела и время, когда это произошло. На факт посмертного изменения положения тела будет указывать локализация

трупных пятен в его верхнерасположенных частях (например, на животе при положении трупа на спине). Если трупные пятна имеются только в этих частях, то положение трупа было изменено в стадии имбибиции. Если трупные пятна определяются и на противоположных частях тела, положение трупа было изменено в стадии стаза. Если положение трупа было изменено в стадии гипостаза, то трупные пятна полностью переместятся в новые нижележащие части тела и установить факт изменения положения трупа станет возможным только посредством микроскопии. После перемещения жидкой части крови на другие участки тела диаметр просвета сосудов кожи в области первичной локализации трупных пятен остается увеличенным, поэтому наличие расширенных сосудов с оптически пустым просветом в коже, взятой из области вне локализации трупных пятен, указывает на то, что труп был перевернут. В местах плотного прилегания одежды (резинка трусов, бюстгальтер, ворот рубашки, резинки носков и др.) трупные пятна не образуются. Если труп был раздет в стадии имбибиции трупных пятен, то в зоне расположения трупных пятен от давления одежды будут видны светлые полосы бледной кожи. Если на обнаженное тело в той же стадии была надета плотно прилегающая одежда, то бледные полосы не образуются. Эти признаки используют для суждения о факте посмертных манипуляций с мертвым телом. Чтобы отличить прижизненные кровоизлияния от посмертной имбибиции гемоглобином, предложен гистохимический метод с окраской на гликофорин А — компонент мембран эритроцитов. При имбибиции он отсутствует. Во внутренних органах поле смерти также происходит стекание крови в нижележащие отделы с последующей имбибицией тканей, поэтому верхнерасположенные части органов бледные, а нижележащие — с интенсивным сине-красным оттенком. Гипостазы в кишечнике и других органах иногда приходится дифференцировать от инфарктов. Стенки сосудов становятся красными, жидкость в серозных полостях приобретает вначале розовый, а затем мутный красный цвет. ТРУПНОЕ ОКОЧЕНЕНИЕ Сразу после смерти все мышцы расслабляются. Однако спустя 1–3 ч они сокращаются, становятся плотными, попытки раскрыть рот, согнуть или разогнуть конечности встречают значительные затруднения. Эти изменения носят название трупного окоченения и являются абсолютным признаком смерти. Трупное окоченение охватывает и гладкую мускулатуру внутренних органов. Особенно заметно оно в мышце сердца, если не было его тяжелой дистрофии или фибрилляции желудочков. Окоченение изменяет диаметр зрачков, иногда неравномерно, поэтому анизокория, миоз и мидриаз имеют диагностическое значение лишь в очень недолгий промежуток после смерти. Окоченение мышц, поднимающих волос, приводит к образованию «гусиной кожи». Через 3–7 сут под влиянием аутолиза и гнилостного разложения мышц окоченение исчезает. Сущность посмертного окоченения состоит в полимеризации актомиозиновых структур с образованием нерастворимого геля. Сокращение мышечной ткани связано с распадом аденозинтрифосфата (АТФ), а расслабление мышцы — с его ресинтезом. В течение первого часа после смерти уровень АТФ повышается, что объясняют подавлением АТФ-азной активности миозина свободными ионами кальция. К концу первого часа начинается снижение уровня АТФ, а условия для его синтеза в трупе отсутствуют, поэтому сокращение мышц приобретает необратимый характер. Хотя трупное окоченение начинается одновременно во всей мышечной ткани, заметным оно становится раньше всего в наиболее коротких, широких и мощных мышцах. Сгибатели верхних и нижних конечностей сильнее разгибателей, поэтому кисти оказываются несколько сжатыми, руки — согнутыми в локтевых, а ноги — в коленных суставах. При насильственном нарушении окоченения происходят разрывы мышечных волокон, возможны даже отрывы мышц от костей. Если трупное окоченение искусственно нарушается в течение первых нескольких часов,

то оно восстанавливается вновь, хотя и оказывается выраженным в меньшей степени. Окоченение, нарушенное позже, не восстанавливается. Следовательно, если окоченение хорошо выражено в одних группах мышц и отсутствует в других, то это можно объяснить посмертными попытками изменить положение или позу трупа. Высокая температура и низкая относительная влажность ускоряют развитие трупного окоченения, низкая температура и высокая влажность замедляют его. Задержка и слабая степень посмертного уплотнения мышц наблюдаются у стариков, детей и физически ослабленных людей, а также при их тяжелой дистрофии (отравления фосфором, бледной поганкой). Если погибший непосредственно перед смертью выполнял тяжелую физическую работу или агония сопровождалась судорогами (асфиксия, отравление судорожными ядами, эпилепсия и т.д.), окоченение развивается быстрее, сильнее выражено и дольше держится. Такой же характер окоченения отмечается при смерти от острой и массивной кровопотери. При поражении продолговатого мозга окоченение может развиться настолько мгновенно, что фиксирует позу, в которой находился человек непосредственно перед смертью (каталептическое окоченение). Чаще наблюдается сохранение положения лишь отдельных частей тела. Например, при падении в воду и последующем утоплении в руке трупа остаются зажатыми пучки травы с берега. ОХЛАЖДЕНИЕ ТРУПА Прекращение процессов теплопродукции в мертвом теле приводит к его охлаждению под влиянием более низкой температуры окружающей среды и испарения влаги с поверхности кожи. Дольше всего сохраняется тепло в прямой кишке и внутренних органах. Считают, что температура трупа каждый час снижается в среднем на один градус. На скорость охлаждения влияют: • толщина подкожной жировой основы; • наличие и характер одежды; • возраст (труп новорожденного остывает особенно быстро); • инфекционные заболевания, при которых смерть наступает в момент наибольшего подъема температуры тела; • повреждения, сопровождающиеся кровопотерей; • истощение человека и др. Немалое значение имеют и условия окружающей среды: • температура; • влажность; • скорость ветра или степень вентиляции помещения; • наличие контакта тела с охлажденными массивными предметами; • характер окружающей среды (воздушная, водная и др.). Температура в подмышечных впадинах весьма варьирует и зависит от положения верхних конечностей трупа. Поэтому были предложены способы измерения температуры тела в полости рта, пищеводе, прямой кишке, в глубине внутренних органов, что стало возможным с введением метода щуповой электротермометрии. В настоящее время разработана математическая модель процесса охлаждения трупа (регистрируемого путем измерения температуры печени, а также ректальной температуры) в зависимости от меняющихся условий среды — в первую очередь от ее температуры. Используя эти данные, в раннем посмертном периоде можно определять время смерти с точностью ±15–20 мин. За рубежом ведутся разработки микроволновой термографии мозга и печени для объективизации оценки трупного охлаждения. ТРУПНОЕ ВЫСЫХАНИЕ После смерти начинается процесс потери жидкости путем испарения, что приводит к развитию трупного высыхания. Высыханию особенно интенсивно подвержены трупы новорожденных, которые в течение суток могут терять с испаряющейся влагой до 100 г массы тела. В первую очередь теряют влагу те участки поверхности тела, которые не защищены роговым слоем эпидермиса: слизистая оболочка губ, конъюнктива и др. Высыхание начинается сразу после смерти, однако его признаки становятся заметными лишь через несколько часов: красная кайма губ теряет эластичность и приобретает буроватую окраску. Если после смерти глаза трупа остаются полуоткрытыми в течение 4– 5 ч, то на роговицах и склерах соответственно глазной щели появляются буроватые полоски (пятна Лярше). В результате высыхания поврежденные участки кожи —

края ран, поверхности ожогов и ссадин — изменяют свою окраску до темно-красного или темно-коричневого цвета и приобретают пергаментную плотность, поэтому они и получили название пергаментных пятен. Пергаментные пятна образуются независимо от того, произошли ли повреждения при жизни (незадолго до смерти) или посмертно. Методов объективной регистрации степени высыхания нет. Отчасти это связано с тем, что динамика процесса сильно зависит от внешних условий. Поэтому при судебномедицинской экспертизе ограничиваются указанием лишь на факт трупного высыхания и не используют степень его выраженности для суждения о времени смерти. ТРУПНЫЙ АУТОЛИЗ Аутолиз — выработанное в процессе эволюции свойство биологических объектов разлагать гидролитическим путем собственные структуры разного уровня. Гидролитический распад под влиянием собственных ферментов наблюдается не только после смерти, но и прижизненно, в том числе в норме. Он может развиваться внутриклеточно, путем образования аутолизосом с последующей утилизацией отдельных компонентов клетки (митохондрий, рибосом и др.) под воздействием лизосомальных ферментов. При коагуляционном некрозе клеток гидролитический распад отсутствует или выражен слабо, при колликвационном некрозе он преобладает. Таким образом, аутолиз на клеточном уровне при жизни организма представляет собой одну из форм некроза клеток, при которой ферменты, осуществляющие распад, происходят из самой клетки. Посмертные изменения всех тканей организма также обычно включают их аутолиз. Органы, богатые протеолитическими ферментами, подвергаются аутолизу в первую очередь: поджелудочная железа, надпочечники, слизистая желудка и кишечника. Макроскопические проявления аутолиза выражаются в размягчении и разжижении тканей. Проявлением аутолиза является и посмертный гемолиз, ведущий к имбибиции тканей гемоглобином. Имбибиция поджелудочной железы иногда имитирует острый панкреатит. Для различения этих состояний необходимо гистологическое исследование. Аутолиз желудка иногда приводит к его разрыву с выходом содержимого в брюшную полсть. Такой разрыв надо дифференцировать от прижизненного. Микроскопические признаки аутолиза: • временное набухание ядер клеток с последующим уменьшением их объема, агрегация хроматина и его маргинация (скопление у ядерной мембраны), кариорексис (фрагментация ядер), кариопикноз (уменьшение, уплотнение, гомогенизация и гиперхромазия ядер), кариолизис (гипохромазия и постепенное растворение ядра); • набухание цитоплазмы клеток, ее помутнение, зернистость и эозинофильная окраска, иногда появление жировых капель вследствие липофанероза, потеря четкости контуров; • отторжение эндотелия сосудов, эпителия слизистых оболочек и желез, дискомплексация трабекулярных структур (в печени, пучковой зоне надпочечников), гемолиз эритроцитов, разрушение эластических мембран, распад волокон соединительной ткани и постепенная гомогенизация образцов. Аутолитические изменения зависят от условий окружающей среды (повышенной температуры и влажности), свойств организма (возраста, степени развития подкожной жировой основы, степени гидратации тканей), особенностей танатогенеза (причины смерти, темпа умирания и др.). Наиболее объективный морфометрический показатель давности наступления смерти — отношение сохранившихся структурных компонентов к аутолизированным на единицу площади, которое прогрессивно убывает с увеличением посмертного периода. Для решения вопроса о времени наступления смерти можно оценивать и степень аутолиза в эпителии роговиц, делая с них отпечатки. Сразу после смерти в них находят единичные плоские неизмененные полигональные эпителиальные клетки, через 2–3 ч — в поле зрения до 4–10 клеток с сохранившимися ядрами и цитоплазмой, спустя 5–6 ч — число клеток в поле зрения достигает 15–25, ядра их сохранены, хотя контуры становятся нечеткими, к

9–10 ч контуры полностью исчезают, наблюдается пикноз ядер, спустя 15–18 ч скопления пикнотических ядер носят пластообразный характер, а к концу суток ядра лизируются и все поле зрения занято бесструктурными массами. Для оценки степени аутолиза предложено также определение показателей электрического сопротивления тканей трупов при различных частотах переменного тока. Динамика трупного аутолиза носит волнообразный характер, при котором относительная стабилизация сменяется периодами выраженного развития деструктивного процесса. Снижение показателей, наблюдаемое в первую фазу, плавно сменяется их увеличением во вторую фазу и снижением в третью фазу.

2. Морфологические особенности странгуляционной борозды отражают свойства петли. Жесткие и полужесткие петли образуют глубокие плотные борозды с четкими краями и выраженным осаднением, мягкие петли — поверхностные бледные мягкие борозды с размытыми границами. На подлежащих мышцах при сдавлении жесткой петлей обнаруживается выраженное вдавление соответственно расположению петли, мышцы имеют белесоватый оттенок, на ощупь их ткань плотновата. Ширина борозды соответствует ширине петли, а ее рельеф обычно отображает рельеф петли: витая веревка оставляет на шее след в виде косых параллельных полосчатых вдавлений, отделенных друг от друга узкими полосками внутрикожных кровоизлияний; поясной ремень — сплошное осаднение, на фоне которого чередуются участки неповрежденной кожи круглой формы, соответствующие отверстиям застежки ремня; скрученная простыня или полотенце — прерывистые тонкие удлиненные узкие взаимопересекающиеся полоски внутрикожных кровоизлияний, расположенных продольно или косопродольно по отношению к длиннику борозды, и др. Двойная петля образует странгуляционную борозду, разделенную по ее длиннику промежуточным валиком, представляющим ущемление кожи между двумя витками петли. По ходу этого валика часто имеются расположенные в виде цепочки множественные внутрикожные кровоизлияния. Наличие на шее нескольких странгуляционных борозд может свидетельствовать как о многооборотной петле, так и о неоднократном наложении на шею однооборотной петли. Петля может иметь расширение в виде узла, пряжки и др. Если это утолщение прилежит к шее, оно отображается в виде дополнительного ограниченного осаднения по верхнему или обоим краям борозды. Его форма и размеры иногда точно соответствуют форме и размерам расширения, например, пряжки ремня. Иногда действие узла приводит к локальным ущемлениям кожи с множественными внутрикожными кровоизлияниями. На поверхности странгуляционной борозды и на ладонной поверхности кистей рук нередко фиксируются микрочастицы материала петли, которые могут быть выявлены и идентифицированы специальными лабораторными исследованиями. Отсутствие подобных наложений на руках погибшего важно для следственных органов, поскольку заставляет подозревать убийство. При микроскопическом исследовании обнаруживают резкое уплощение эпидермального покрова, его истончение, сглаживание сосочков дермы, вытягивание ядер параллельно поверхности кожи. И цитоплазма, и ядра интенсивно окрашиваются гематоксилином, поэтому в некоторых случаях ядра бывают неразличимы и эпидермис приобретает вид гомогенной полоски. Волокна дермы сближены, гомогенизированы и имеют базофильный оттенок. Сосуды в дне борозды сдавлены, имеют вид клеточных тяжей, расположенных параллельно поверхности кожи. Странгуляционная борозда, образовавшаяся при повешении в вертикальном положении, имеет косовосходящее направление и располагается выше щитовидного хряща. Она незамкнута и неравномерна. Неповрежденный участок шеи соответствует положению узла, на противоположной поверхности шеи борозда выражена в наибольшей степени. О повешении свидетельствуют признаки, указывающие на продольное растяжение

шеи: поперечные разрывы интимы общих сонных артерий (признак Амюсса), кровоизлияния в адвентицию этих сосудов (признак Мартина) и в медиальные ножки грудино-ключичнососцевидных мышц. Выделяют и другие признаки повешения: кровотечение из носа, уха и рта, выпадение языка и ущемление его кончика между зубами, симптом Фриберга (локальная вакуолизация интимы сонных артерий), кровоизлияния в регионарные лимфоузлы, повреждения связок и межпозвоночных дисков шейного отдела позвоночника (кровоизлияния в межпозвонковые диски — симптом Симона), перелом зубовидного отростка II шейного позвонка, повреждения шейного отдела спинного мозга, кровоизлияния в заглазничную клетчатку, в корень и ткань языка, глотку. При длительном пребывании трупа в петле в вертикальном положении трупные пятна образуются в нижних конечностях и кистях. Если в процессе длительного пребывания трупа в петле развиваются активные гнилостные процессы и мягкие ткани шеи подвергаются гнилостному разрушению, шея может значительно удлиниться (иногда до 20–30 см) — полный отрыв туловища наблюдается крайне редко. При повешении в положении сидя или лежа многие из перечисленных признаков будут отсутствовать, однако незамкнутый и неравномерный характер борозды все-таки будет свидетельствовать о повешении. Странгуляционная борозда, образовавшаяся от удавления петлей, в типичном случае будет горизонтальной, замкнутой, равномерной, расположенной на уровне или ниже щитовидного хряща. Один из ее участков, соответствующий положению закрутки, узла или перехлеста свободных концов, будет иметь множественные взаимно пересекающиеся короткие и узкие полосы внутрикожных кровоизлияний или линейных ссадин, возникших в результате ущемления кожи. Странгуляционная борозда может быть незамкнутой при попадании под петлю каких-либо предметов. Однако на остальном протяжении она будет выражена равномерно. Часто в проекции странгуляционной борозды находят окруженные кровоизлияниями переломы рожков подъязычной кости и хрящей гортани.

3. Право на отказ от медицинского вмешательства не абсолютное, так как ФЗ №323 установлены исключения, при которых допустимо медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя, а также закреплен порядок действия медицинских работников в данном случае.

   В соответствии с п. 9 ст. 20 ФЗ №323 медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допустимо:

   1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители несовершеннолетних лиц (не достигших 15 лет, а больных наркоманией — 16 лет) и недееспособных лиц;

   2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

   3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

   4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

   5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

   В первом и втором случае решение принимает:

   — консилиум врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, — непосредственно лечащий (дежурный) врач с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или ее отделения), самого гражданина, в отношении которого

проведено медицинское вмешательство, а в случаях, предусмотренных в ч. 2 ст. 20 ФЗ №323 — одного из родителей или иного законного представителя;

— суд — в случаях и порядке, которые установлены законодательством РФ.

В отношении лиц, указанных в п. 3 и 4, решение принимает только суд в случаях и порядке, которые установлены законодательством РФ.

К лицам, совершившим преступления, могут быть применены принудительные меры медицинского характера по основаниям и в порядке, которые установлены федеральным законом.

Билет № 5

1. Поздние трупные изменения. Судебно-медицинское значение.
2. Судебно-медицинская диагностика отравлений этиловым спиртом.
3. Порядок выбора врача и медицинской организации.

ОТВЕТ:

1. ПОЗДНИЕ ТРУПНЫЕ ЯВЛЕНИЯ. Поздние трупные явления делят на разрушающие (гниение) и консервирующие (мумификация, жировоск, торфяное дубление). ГНИЕНИЕ - это явление представляет собой распад биологических тканей под влиянием микрофлоры. В гниении в основном принимают участие вульгарный протей, палочка Ценкера, белая трупная бактерия, кишечная, слизистая, брыжеечная и спорогенная палочки. В процессе быстрого размножения они выделяют протеазы, разлагающие белки на аминокислоты, аммиак и органические кислоты с последующим образованием сероводорода, метана, углекислого газа, меркаптанов, птомаинов (кадаверина, пудресцина) и др. Патогенная флора при этом погибает. Гниение быстрее протекает при средней температуре (30–40 °С) и повышенной влажности окружающей среды, при смерти от сепсиса и некоторых инфекционных заболеваний (газовая гангрена). Быстрее разлагаются трупы новорожденных детей, людей с повышенной упитанностью, медленнее — трупы стариков, истощенных и малокровных индивидуумов, а также лиц, лечившихся массивными дозами антибиотиков. Гнилостное разложение тканей может начинаться довольно быстро и проявляться поразному. Влияние на активность процессов гниения многих факторов приводит к значительным колебаниям сроков появления тех или иных гнилостных изменений, поэтому можно привести установленное эмпирически лишь приблизительное время появления этих изменений. При пребывании трупа в условиях комнатной температуры через 1–2 сут передняя брюшная стенка окрашивается в грязновато-зеленоватый цвет, что отражает наибольшую активность гнилостных процессов, происходящих в кишечнике. На 3–4-е сут через кожу начинает просвечивать грязно-зеленая венозная сеть. Ее цвет обусловлен образованием в гниющей крови сульфгемоглобина и сульфида железа. К концу первой недели развивается трупная эмфизема, обусловленная образованием гнилостных газов и скоплением их в подкожной клетчатке. Первые проявления трупной эмфиземы наблюдаются в области лица, губ, молочных желез, мошонки, живота. В дальнейшем эмфизема приобретает тотальный характер. На 10–12-й день вся кожа трупа становится грязно-зеленого цвета, эпидермис набухает, поверхность кожи осклизлая, образуются легко вскрывающиеся гнилостные пузыри. Процесс захватывает большинство внутренних органов. Позднее других начинают гнить предстательная железа, матка, связки и хрящи. Спустя несколько месяцев все внутренние органы приобретают вид однородной грязновато-бурой массы с плохо различимой структурой. Примерно через 1–1,5 года мягкие ткани распадаются. Кости могут

сохраняться десятилетиями и веками. Изо рта и других естественных отверстий при гниении может выделяться кровянистая жидкость, иногда имитирующая прижизненное кровотечение. Мумификация, или высыхание, трупа происходит в сухих, теплых, хорошо вентилируемых условиях (в чердачных помещениях, крупнозернистых и песчаных почвах). Масса и объем мумифицированного тела резко уменьшены. Кожные покровы темно-коричневые, плотные, сухие. При гистологическом исследовании можно различить общее строение органов и сосудов, структуру соединительной ткани, контуры клеток жировой ткани, поперечную исчерченность скелетной мускулатуры. Полная мумификация трупа взрослого человека наступает в течение 6–12 мес, а при особо благоприятных условиях — 2–3 мес. Трупы детей мумифицируются в течение нескольких недель. Специальная гидратационная обработка мумифицированного тела позволяет восстановить первоначальный облик погибшего. Жировоск, или сапонификация, органов и тканей развивается в условиях повышенной влажности при отсутствии или недостаточном доступе воздуха. Идеальные среды для образования жировоска — вода, а также влажные глинистые почвы. Пребывание в таких условиях приводит к мацерации кожи трупа, что создает условия для проникновения воды в ткани и органы. При этом жир разлагается на глицерин, олеиновую, пальмитиновую и стеариновую кислоты. Глицерин и олеиновая кислота вымываются из тканей, а пальмитиновая и стеариновая кислоты вступают в соединение с присутствующими в воде или влажной почве солями кальция и магния и образуют нерастворимые в воде мыла. Кроме того, по современным данным, гипоксия тканей приводит к перекисному окислению липидов мембран, продукты которого образуют на поверхности мембран стойкие комплексы с белками. Ткани, находящиеся в состоянии жировоска, имеют беловато-желтый или серовато-желтый цвет, сальный вид, прогорклый запах. Они плотны и внешне однородны. При микроскопическом исследовании можно различить строение кожи, подкожной клетчатки, сосудистых контуров, скелетных мышц и соединительнотканную строму внутренних органов. Первые заметные невооруженным глазом признаки жировоска появляются на слизистой оболочке желудка и тонкой кишки в виде рассеянных белесовато-желтых вкраплений круглой формы диаметром 2–3 мм. Эти изменения могут наблюдаться к концу первого месяца после смерти. В это же время начинается формирование жировоска в подкожной жировой основе. Через 3–4 мес явления жировоска хорошо выражены в мышцах и внутренних органах. Полное превращение тканей трупа в жировоск обычно происходит в течение года. Торфяное дубление наблюдается в трупах, длительно находящихся в торфяной почве, богатой гумусными кислотами. Под их влиянием кожа становится плотной и темнокоричневой, внутренние органы резко уменьшаются в объеме, а из костей вымываются минеральные соли. В результате кости становятся гибкими и легко рассекаются ножом. Микроскопическое строение кожи, сосудов, мышечной ткани и периферических нервов хорошо различимо. Естественная консервация трупа может наступить и в других условиях, когда труп длительно находится в воде с высокой концентрацией солей, в нефти, при низкой температуре окружающей среды, ведущей к замерзанию тканей. ТРУПНАЯ ФАУНА Разложение трупа в природных условиях является комплексным процессом, слагающимся из деятельности микроорганизмов, плесневых грибов, водорослей, насекомых, животных и птиц, при постоянном воздействии изменяющихся метеорологических факторов. Наиболее эффективный фактор разложения трупа — насекомые, которые обычно уничтожают большую часть тканей, за исключением тех случаев, когда труп недоступен для их деятельности или, когда он сразу уничтожается птицами и животными. При условиях, обеспечивающих максимальную активность, личинки мух могут полностью

скелетировать труп взрослого человека за 1 мес, а труп новорожденного — за 1,5–2 нед. Выделяют пять этапов биологического разложения трупа. 1. Этап раннего микробного разложения — следует за аутолитическими процессами и продолжается до появления первых яйцекладок мух и выхода из них личинок. 2. Этап активного разложения насекомыми — начинается с появления личинок мух, протекая одновременно с продолжающимся микробным разложением, и завершается с окончанием развития личинок мух, которые уничтожают основную массу мягких тканей трупа. Биологический цикл развития мухи, составляющий в среднем около 4 нед, с повышением температуры окружающей среды может сокращаться, с понижением — несколько увеличиваться. 3. Этап позднего разложения насекомыми — осуществляется преимущественно за счет жизнедеятельности личинок жуков-некробионтов, приводящей к уничтожению почти всех мягких тканей, микробное разложение продолжается, к нему добавляется жизнедеятельность плесневых грибов. Из насекомых, являющихся биологическими разрушителями трупов, имеют наибольшее значение муравьи и многие жуки: большие и малые черные мертвоеды, саркофаги, кожееды, стафеллины, карапузики и др. 4. Этап микробиологического разложения — начинается с момента ухода личинок жуков с останков трупа и заканчивается с распадом скелета на отдельные кости. Плотные ткани (хрящи, связки) уничтожаются некоторыми разновидностями клещей. 5. Этап распада костной ткани. В каждой климатической зоне сезонное время начала и окончания жизнедеятельности насекомых имеет строго определенные временные пределы. Следовательно, оценивая деятельность насекомых, можно определить время года, когда наступила смерть. Относительно небольшие регионы вследствие отличающихся климато-географических условий имеют собственный набор биологических видов животных и растений (биотоп). Наличие на трупе насекомых, несвойственных данному биотопу, свидетельствует об умышленном перемещении мертвого тела либо пассивном перемещении, например, по реке. Закономерно повреждают трупы, находящиеся в природных условиях, мелкие грызуны (мыши и крысы) и крупные животные (волки, шакалы и лисы, свиньи, хищные птицы). Наибольшая их активность приходится на зимний период, когда животные ограничены в количестве и разнообразии пищи. Мелкие грызуны обычно выгрызают в коже небольшое отверстие (нередко по месту расположения ран), проникают под кожу и уничтожают мягкие ткани, мало повреждая хрящи и связки. На хрящах эпифизов трубчатых костей остаются двойные царапины от спаренных верхних резцов грызуна. Крупные животные обычно растаскивают труп на части. Отмечаются краевые дефекты эпифизов трубчатых костей, тел позвонков, костей таза. Вблизи от них на взаимно-противоположных поверхностях кости видны конусообразные вдавления от клыков и коренных зубов животного. В водной среде возможны повреждения трупа хищными рыбами, членистоногими, морскими звездами и др.

2. Среди всех видов острых отравлений в судебно-медицинской экспертной практике подавляющее большинство составляют случаи острого отравления этиловым спиртом. Среди ферментов, метаболизирующих спирты, наиболее важны алкогольдегидрогеназа (АДГ), которая катализирует обратимое превращение алкоголей в соответствующие альдегиды и кетоны, и альдегиддегидрогеназа (АльДГ), при участии которой ацетальдегид окисляется в ацетат. В результате окислительного дезаминирования биогенных аминов в организме образуются эндогенные альдегиды. Окисляя их, АльДГ предотвращает их токсическое действие. АДГ и АльДГ используют кофактор НАД+, который по мере окисления этанола и ацетальдегида расходуется. Поэтому соотношение НАД+/НАДН — главный фактор, лимитирующий индивидуальную переносимость этанола.

Увеличение активности АДГ в лимбической коре мозга — признак толерантности к этанолу, развившейся при хронической алкоголизации. Сравнение показателей внутримозговой концентрации этанола и ацетальдегида с активностью АДГ и АльДГ при разных причинах смерти позволяет проводить их дифференциальную диагностику с учетом индивидуальной толерантности к алкоголю. При деструктивном и особенно смертельном уровне алкоголемии отмечается увеличение активности АДГ, тем не менее концентрация этанола в ткани мозга резко увеличивается. В стадии элиминации, кроме того, снижается активность АльДГ, параллельно происходит накопление ацетальдегида в мозге, а также кетоновых тел в крови, что дает право говорить о важной роли кетоацидоза в танатогенезе. Эти изменения характеризуют танатогенез при отравлении алкоголем, но не при других причинах смерти на фоне алкогольного опьянения. В организме человека окисление этанола происходит также с участием синтетазы этилового эфира жирной кислоты, каталаз и цитохром Р450-зависимой монооксигеназной системы. Эти ферменты обнаружены практически во всех органах, но особенно много их в печени. При хроническом алкоголизме их активность возрастает. Существование общих механизмов воздействия этилового спирта и некоторых его метаболитов на нервную систему приводит к тому, что состояние дефицита эндогенных опиоидов способствует формированию влечения как к алкоголю, так и к наркотикам опийного ряда. Алкоголь угнетающе действует на нервную систему, подавляя прежде всего кортикальное ингибирование функции подкорковых структур головного мозга. При повышении концентрации алкоголя в крови это вещество действует также на другие отделы центральной нервной системы и может нарушить фатальным образом деятельность сосудодвигательного и дыхательного центров в стволе головного мозга. Денатурированный спирт представляет собой этиловый спирт с примесью метилового спирта и других токсичных веществ. Для предотвращения его использования в качестве спиртного напитка в него добавляют пиридин, имеющий резкий неприятный запах. Клиника отравления денатурированным спиртом и морфологические изменения при нем те же, что и при отравлении этанолом. Прочие спирты также наиболее сильно действуют на центральную нервную систему, угнетая ее функцию. Имеется также некоторое местнораздражающее и деструктивное действие. Пары спиртов раздражают конъюнктивы и верхние дыхательные пути, но ингаляционных отравлений обычно не вызывают. Непосредственными причинами смерти при отравлениях спиртами служат асфиксия вследствие паралича дыхательного центра, острая сердечно-сосудистая недостаточность, нарушения сердечного ритма, аспирация рвотных масс, бронхопневмония. Другие варианты причин смерти включают остановку патологически измененного сердца, блокаду его проводящей системы в случае токсического повреждения, отека и кровоизлияний в проводящей системе, острый панкреатит, печеночную недостаточность вследствие острого алкогольного гепатита (особенно на фоне патологических изменений печени) и почечную недостаточность в результате миоглобинурийного нефроза при синдроме позиционного сдавления. Спиртные напитки несовместимы с рядом лекарственных средств, и их совместный прием может привести к смерти. Патоморфологическая картина отравления спиртами включает признаки быстро наступившей смерти в виде гемодинамических расстройств. Посмертная диагностика острых отравлений этиловым спиртом основана на оценке его содержания в крови и других жидкостях, тканях или выделениях трупа в сочетании с патоморфологическими (патогистологическими) изменениями внутренних органов. Концентрация алкоголя в крови и моче выражается в промилле, что означает граммы на 1 литр. Если смерть наступает в стадию резорбции, или всасывания, алкоголя (в зависимости от степени наполнения желудка и принятого количества спиртного эта стадия длится

от одного до двух часов), то концентрация алкоголя в крови выше, чем в моче. Если же смерть наступает на стадии элиминации, или выделения (длительность ее зависит от количества выпитого алкоголя), то, напротив, концентрация алкоголя в моче выше, чем в крови. Суждение эксперта об остром отравлении этанолом как причине смерти при его концентрации в крови от 3,0 до 5,0% можно считать обоснованным (с учетом гистологических, судебно-химических и биохимических исследований) лишь при отсутствии повреждений, заболеваний или иных интоксикаций, способных явиться самостоятельной причиной смерти, поскольку такие и даже более высокие концентрации этанола могут сопутствовать наступлению смерти от различных других причин. Известны случаи выживания людей (главным образом хронических алкоголиков) при концентрации алкоголя свыше 15‰. Макроскопически при остром отравлении этанолом обнаруживаются признаки быстро наступившей смерти по типу асфиксии, запах алкоголя от органов и полостей трупа и признаки хронической алкогольной интоксикации. При микроскопическом исследовании выявляются признаки хронической алкогольной интоксикации, на фоне которой развивается обыкновенно картина острого отравления, включая фиброз мягких мозговых оболочек, алкогольную энцефалопатию (атрофию коры, очаги запустения в ней и реактивную пролиферацию глии), гемосидероз легких, картину алкогольной кардиомиопатии (липофусциноз и неравномерную гипертрофию кардиомиоцитов, липоматоз стромы миокарда, некоронарогенный диффузный кардиосклероз), липоматоз и диффузный фиброз стромы поджелудочной железы. Во многих случаях выявляется острый или хронический панкреатит, в патогенезе которого важную роль играет злоупотребление алкоголем. В печени могут определяться диффузная крупнокапельная жировая дистрофия, картина острого алкогольного гепатита и цирротическая перестройка. У алкоголиков с большим стажем возможно развитие энцефалопатии Вернике, что связано с острым алкогольным эксцессом и обусловлено дефицитом витамина В1. Это состояние проявляется множественными мелкими очагами некроза и кровоизлияниями в перивентрикулярные ткани головного мозга. Для алкоголиков типичны также алкогольная полинейропатия, контрактура Дюпюитрена, хронический бронхит, атрофические процессы в органах пищеварения, атрофия гонад и полиэндокринопатия.

3. Статья 21 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» определяет общий порядок выбора врача и медицинской организации при получении медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; особенности выбора врача и медицинской организации при оказании первичной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи. Необходимо отметить, что выбор врача осуществляется только с учетом его согласия.

   Частью 1 ст. 21 Закона закреплено право гражданина на выбор медицинской организации и выбор врача (с учетом его согласия) при получении медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Данный порядок в настоящее время закреплен приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.04.2012 №406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». В приказе, кроме того, отражены особенности порядка выбора медицинской организации при оказании скорой медицинской помощи и при оказании специализированной медицинской помощи в плановой форме.

Следует учитывать, что данный приказ регулирует отношения, связанные с выбором гражданином медицинской организации для оказания медицинской помощи в пределах территории субъекта РФ, в котором проживает гражданин. Порядок выбора медицинской организации за пределами территории субъекта РФ, в котором проживает гражданин, должен осуществляться в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (п. 6 ст. 21 ФЗ №323). В настоящее время отношения, связанные с порядком выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта РФ, в котором проживает гражданин, урегулированы приказом Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 №1342н.

Статьей 21 ФЗ №323 определена периодичность выбора медицинской организации при получении первичной медико-санитарной помощи. Так, гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем 1 раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).

В выбранной медицинской организации гражданин путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации осуществляет выбор не чаще чем 1 раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) следующих врачей: врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача- педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера.

Руководитель медицинской организации должен содействовать выбору пациента в порядке, закрепленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.04.2012 №407н «Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача».

Особенности получения специализированной медицинской помощи отражены п. 4 ст. 21 ФЗ №323, в силу которой для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации, реализующей территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, осуществляется в соответствии с направлением лечащего врача. Если таких медицинских организаций несколько (имеется в виду возможность выбора одной из них), врач в обязательном порядке извещает об этом гражданина.

Медицинскую помощь в неотложной или экстренной форме оказывают гражданам с учетом соблюдения установленных требований к срокам ее оказания (п. 5 ст. 21 ФЗ №323).

В целях реализации права на выбор врача и медицинской организации гражданин имеет право на получение в доступной для него форме, в том числе размещенной в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», информации:

— о медицинской организации;
— об осуществляемой ею медицинской деятельности;
— о врачах, об уровне их образования и квалификации (п. 7 ст. 21 ФЗ №323).

При этом при оказании гражданам медицинской помощи в рамках практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования пациент должен быть проинформирован об участии обучающихся в оказании ему медицинской помощи и вправе отказаться от участия обучающихся в оказании ему медицинской помощи. В этом случае медицинская организация обязана оказать такому пациенту медицинскую помощь без участия обучающихся (ч. 9 ст. 21).

Для некоторых категорий граждан предусмотрен специальный порядок выбора врача и медицинской организации:

— медицинское обслуживание военнослужащих и лиц, приравненных по медицинскому обеспечению к военнослужащим, проходящих альтернативную гражданскую службу, граждан, подлежащих призыву на военную службу или направляемых на альтернативную гражданскую службу, и граждан, поступающих на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, осуществляют ведомственные медицинские организации (ст. 25 ФЗ №323);

- задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста обслуживают в медицинских организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения в порядке, установленном постановлением Правительства РФ от 28.12.2012 №1466 (ст. 26 ФЗ №323);

- особенности выбора медицинской организации гражданами, проживающими в закрытых административно-территориальных образованиях, на территориях с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, а также работниками организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, установлен постановлением Правительства РФ от 26.07.2012 №770.

Билет № 6

1. Мумификация. Судебно-медицинское значение.
2. Судебно-медицинская идентификация личности. Методы судебно-медицинской идентификации личности.
3. Право на информацию о состоянии здоровья: объем информации, порядок предоставления.

ОТВЕТ:

1. Поздние трупные явления делят на разрушающие (гниение) и консервирующие (мумификация, жировоск, торфяное дубление). Мумификация, или высыхание, трупа происходит в сухих, теплых, хорошо вентилируемых условиях (в чердачных помещениях, крупнозернистых и песчаных почвах). Масса и объем мумифицированного тела резко уменьшены. Кожные покровы темно-коричневые, плотные, сухие. При гистологическом исследовании можно различить общее строение органов и сосудов, структуру соединительной ткани, контуры клеток жировой ткани, поперечную исчерченность скелетной мускулатуры. Полная мумификация трупа взрослого человека наступает в течение 6–12 мес, а при особо благоприятных условиях — 2–3 мес. Трупы детей мумифицируются в течение нескольких недель. Специальная гидратационная обработка мумифицированного тела позволяет восстановить первоначальный облик погибшего.
2. Расследование любого уголовного или гражданского дела начинается с установления личности потерпевшего, подозреваемого и других причастных к делу лиц. В подавляющем большинстве случаев эта задача разрешается следственными органами путем изучения удостоверяющих документов. Однако в ряде случаев подозреваемый представляет подложные документы, например, с целью уклониться от ответственности за совершенное тяжкое преступление. Не имея

возможности установить личность такого лица путем следственных действий, следователи прибегают к помощи экспертов — криминалистов и судебных медиков. Потребность в судебно-медицинских знаниях возникает и при исследовании трупов неизвестных лиц, расчлененных и скелетированных останков. С точки зрения правоохранительных органов идентификация личности — это установление тождества неизвестного (живого или мертвого) человека с разыскиваемым, зарегистрированным в удостоверяющих документах под определенным именем и с определенными характеристиками (возраст, пол, национальность, прописка и т.д.), т.е. понятие личности — социальное, а не медицинское и не биологическое. Главным признаком личности (в юридическом смысле) считают имя, поскольку именно в его установлении заинтересованы правоохранительные органы, назначающие экспертизу идентификации личности. Поэтому целесообразно определить личность как отдельного человека, носящего определенное имя и имеющего определенный социальный и юридический статус, зарегистрированный в соответствующих документах. Однако благодаря индивидуальному сочетанию генов и влияний внешней среды каждый человек неповторим не только в социальном, но и в биологическом отношении. Идентификация возможна благодаря уникальности комплекса биологических свойств каждого человека и их относительному постоянству (наличию периода времени, в течение которого исследования признака одним и тем же методом дают один и тот же результат). Каждый отдельный признак, в том числе генетический, является общим для определенной группы людей, поэтому вероятность случайного совпадения комбинаций исследованных признаков никогда не равна нулю. Для достоверной идентификации необходимо сочетать различные методы, позволяющие выявлять большое количество разных свойств. Кроме судебно-медицинских данных, для идентификации личности используют дактилоскопию, фонографию (исследования голоса), одорологию, графологию и другие виды криминалистических исследований. К постоянным (неизменяемым в течение жизни) признакам относят набор генов и генетически запрограммированные свойства: пол, расовую принадлежность, папиллярные узоры на коже, цвет глаз; к относительно постоянным — родимые пятна, последствия травм и хирургических операций, татуировки и т.д.; к непостоянным — возраст, беременность, роды, аборт и их последствия, заболевания, структурные изменения, связанные с профессиональной деятельностью, стоматологический статус и др. Методика судебно-медицинской идентификации личности включает три основных этапа: раздельное исследование, сравнительное исследование, формулировку суждений о наличии или отсутствии тождества. На этапе раздельного исследования устанавливают комплекс признаков неизвестного живого человека или трупа и комплекс признаков разыскиваемого человека (или нескольких людей). На втором этапе проводят сравнительный анализ полученных данных. Кроме простого сопоставления текстовой и графической информации, применяют специальные компьютерные программы, автоматизирующие процесс сравнения. Анализ результатов имеет целью определить степень совпадений, характер и возможные причины различий сравниваемых признаков. Вывод о наличии тождества делают на основании совпадения комплекса исследованных признаков. ПОЛ Установление половой принадлежности живого человека или целиком сохранившегося трупа не представляет трудности. При исследовании следов крови или фрагментов тканей половую принадлежность устанавливают с помощью люминесцентной микроскопии по половому хроматину либо методами молекулярно-генетического анализа. Половую принадлежность скелетированных останков определяют по особенностям строения костей. По существу, почти каждая кость скелета имеет половые различия. Однако наиболее информативны кости тазового кольца и череп.

Тазовое кольцо женщины широкое и низкое. Положение крыльев подвздошных костей близко к горизонтальному. Нижние ветви донных костей сходятся под углом 90–100°, образуя плавную дугу. Крестец короткий и широкий. Большая седалищная вырезка широкая, имеет вид прямого угла. Запирательное отверстие имеет вид треугольника. Суставная поверхность крестцово-подвздошного сочленения распространяется на 2-й крестцовый позвонок. Промонториум выступает незначительно. Малый таз имеет цилиндрическую форму. Вход в малый таз круглый или поперечно-овальный. Таз мужчины узкий и высокий. Положение крыльев подвздошных костей приближается к вертикальному. Нижние ветви лонных костей образуют угол 70–75°. Крестец узкий и длинный. Большая седалищная вырезка в виде острого угла. Запирательное отверстие овальное. Суставная поверхность крестцово-подвздошного сочленения распространятся на 3-й крестцовый позвонок. Промонториум резко выдается кпереди. Малый таз конусообразной формы. Вход в малый таз в виде «карточного сердца». Женское и мужское тазовые кольца отличаются и по размерным параметрам. Мужской череп характеризуется выраженной развитостью и угловатостью бугристостей и шероховатостей в местах прикрепления мышц, резким выступанием затылочного бугра, надбровных дуг и надпереносья, массивностью сосцевидного отростка и заостренностью его вершины. Нижняя челюсть тяжелая (80–85 г и более), крупная, ее восходящие ветви расположены вертикально, нижнечелюстные углы почти прямые и развернуты кнаружи. Лоб скошен, темя в виде пологой сферы. Лицевой череп развит больше, чем мозговой. Переход от лба к носу — в виде резкого углубления. Глазницы низкие, прямоугольной формы с тупым и толстым верхним краем. Емкость мужского черепа больше женского в среднем на 100–200 $см^3$. Женский череп отличается сглаженной поверхностью, слабым развитием затылочного бугра, надбровных дуг, бугристостей и шероховатостей в местах прикрепления мышц. Сосцевидные отростки небольшие с тупой вершиной. Масса нижней челюсти 60–63 г и меньше, ее восходящие ветви наклонены, нижнечелюстные углы тупые. Лоб вертикальный, лобные бугры хорошо выражены, темя плоское. Переход от лба к носу плавный, неглубокий. Глазницы высокие, круглые, с тонкими и заостренными верхними краями. ВОЗРАСТ Судебно-медицинское определение возраста может носить как характер самостоятельной задачи (например, при утрате документов и необходимости установления: возраста уголовной ответственности за тяжкие преступления — 14 лет; совершеннолетия или брачного возраста — 18 лет; призывного возраста — 18–27 лет), так и быть одним из вопросов, решаемых при идентификации личности. Установление возраста основано на оценке степени выраженности признаков развития и инволюции организма. Длина тела имеет наибольшее значение при определении возраста в течение первого года жизни. Появление и развитие молочных зубов начинаются со второй половины первого года и продолжаются до 6–7 лет, а постоянных зубов — с 6–7 до 25 лет. Стирание постоянных зубов начинается с 13–14 лет и продолжается в течение всей жизни. Вторичные половые признаки появляются в 11–12 лет и полностью развиваются к 18–20 годам. Инволютивные изменения кожи (постепенная утрата эластичности, понижение тургора, появление морщин и др.) начинается с 20–25 лет. Точки окостенения скелета появляются во внутриутробном периоде и продолжают формироваться в течение первого года. Первые синостозы развиваются в 2–3 года, а завершается синостозирование в возрасте около 18 лет. Облитерация швов черепа начинается с 16 лет и обычно продолжается до 50–55 лет. Признаки возрастной инволюции скелета, выявляемые на рентгенограммах, включают: • обызвествление хрящей (в частности, реберных); • образование остеофитов, к которым относятся: – апиостозы (краевые разрастания бугристостей дистальных фаланг пальцев); – узлы Эбердена,

Бушара, Рохлина и т.д. (разрастания костной ткани на суставных поверхностях); – экзостозы на диафизах, в частности, проксимальных и средних фаланг пальцев кисти (костные разрастания в местах прикрепления сухожилий); • склеротические изменения — эностозы (очаги повышенной оптической плотности костной ткани), увеличение ширины оснований фаланг пальцев; • атрофические изменения: – остеопороз (истончение и разрежение губчатого вещества, истончение компактного вещества); – очаги атрофии (округлые дефекты костной ткани); – деформация и сужение суставной щели (уменьшение просвета между смежными костями вследствие истончения суставного хряща). Признаки инволюции костной ткани раньше всего выявляются при исследовании кистей рук: апиостозы, узлы на проксимальных концах фаланг, остеопороз и сужение щелей межфаланговых суставов начинают обнаруживаться уже с 25 лет. В 30 лет добавляются такие признаки инволюции скелета, как обызвествление щитовидного хряща, заострение ульнарного края фаланг. При исследовании трупа биологический возраст можно установить с помощью микроостеологических и микроостеометрических методик. Развитие костной ткани включает смену ее типов (до 5 лет обнаруживается грубоволокнистая костная ткань, позже она замещается пластинчатой), замещение первичных остеонов вторичными, остеонизацию компактного слоя, увеличение с возрастом количества перестроенных форм остеонов, появление признаков периостальной резорбции и остеопороза в компактном веществе и т.д. У детей и подростков наблюдается увеличение с возрастом параметров, отражающих интенсивный остеогенез и его преобладание над остеорезорбцией: толщины трабекул в губчатой костной ткани, толщины кортикального слоя ребра, слоев внутренних и наружных общих пластинок диафизов длинных трубчатых костей. В диафизах длинных трубчатых костей хорошо развиты наружный и внутренний слои общих пластинок. Резорбционные полости немногочисленны, просветы гаверсовых каналов невелики. Заметны маломинерализованные остеоны. В интервале от 18 до 30 лет костная система сформирована, поэтому существенно изменяются с возрастом только те структуры, перестройка которых необходима для приспособления к изменениям механической нагрузки и минерального обмена: диаметры остеонов и гаверсовых каналов в компактной костной ткани увеличиваются, а толщина слоев внутренних и наружных общих пластинок диафизов начинает убывать в связи с заменой этих слоев остеонами. Кроме того, наблюдается выраженная динамика параметров, характеризующих структуру реберного хряща. Четыре слоя, включающие зону покоящегося хряща, зону пролиферации хондроцитов, зону созревающего хряща и зону кальцинирующегося хряща, отчетливо дифференцируются только до 30 лет, после чего практически вся хрящевая ткань приобретает строение покоящейся. По-видимому, четырехслойное строение отражает активный остеогенез, интенсивность которого с возрастом резко снижается. В группе от 30 до 50 лет начинают определяться параметры, характеризующие усиленную остеорезорбцию: нарастает диаметр гаверсовых каналов, уменьшается толщина трабекул губчатой костной ткани, а также слоев наружных и внутренних общих пластинок в диафизах. Продолжается также адаптивная перестройка, что проявляется продолжающимся возрастанием диаметра и плотности остеонов. Начинает возрастать плотность остеонов с перестроенным центральным отделом, отражающая количество циклов ремоделирования. В интервале более 50 лет на первый план выходит динамика параметров, отражающих преобладание остеорезорбции: нарастает плотность остеонов с перестроенным центральным отделом в компактном веществе диафизов, уменьшается толщина кортикального слоя ребра и средняя плотность остеоцитов в его компактном веществе. Слои общих пластинок тонкие и отмечаются только на отдельных участках кости. Просветы гаверсовых каналов заметно увеличиваются,

наблюдаются большие резорбтивные полости. Для выявления перечисленных признаков у живых людей применяют антропометрическое, клиническое, стоматологическое, гинекологическое и рентгенологическое обследования. При исследовании трупов используют макро- и микроскопическую остеоскопию, остеометрию и рентгенографию, а также исследование зубов. Ввиду асинхронности возрастных изменений для более точного суждения о возрасте необходимо исследовать максимально возможное число органов, тканей и тканевых структур. При большом разбросе возрастных показателей по отдельным признакам необходимо выяснить причины, которые могли ускорить или замедлить процессы эволюции или инволюции организма (хронические заболевания, нарушения гормональной функции, избирательная физическая нагрузка, пребывание в условиях вредных производств и др.). РОСТ Размеры каждой части скелета находятся в определенном соотношении с длиной тела (ростом). В судебно-медицинских целях предложены диагностические таблицы и формулы для определения роста человека по длине бедренных, плечевых, локтевых, лучевых и берцовых костей исследуемого трупа или скелета. Они разработаны применительно к людям низкого, среднего и высокого роста, отдельно для мужчин и женщин, представителей европеоидной, негроидной и монголоидной рас. Поэтому выбор таблиц и формул для определения роста должен проводиться с учетом этих исходных данных. Точность определения роста по длинным трубчатым костям находится в пределах от 3 до 5 см. Возможно также определение роста по позвонкам, тазовым и коротким трубчатым костям, хотя эти данные обладают гораздо меньшей точностью. Определение роста возможно и по фрагментам длинных трубчатых костей. Вначале вычисляют вероятную длину самой кости, а затем полученное значение вводят в общепринятые таблицы и формулы. РАСА Население Земного шара подразделяется на три расовые группы: европеоидную, монголоидную и негроидную. Расовые признаки наиболее заметны в строении черепа. • Череп европеоида имеет лицевой скелет, резко выступающий в горизонтальной плоскости. Переносье резко углублено. Носовые кости узкие и выдаются вперед. Скуловые кости сглажены и плавно переходят на боковые поверхности, сильно развиты собачьи ямки. Зубы мудрости, как правило, недоразвиты. Высота коронок второго и третьего верхних моляров близка к высоте коронки первого моляра. • Череп монголоида крупный. Лицевой скелет уплощен и удлинен. Орбиты высокие. Переносье неглубокое. Скуловые кости развиты достаточно сильно. Собачьи ямки плоские. Нёбо широкое. Язычная поверхность верхних резцов лопатообразная с наличием по вертикальным краям гребешковых валиков, а в межкорневом пространстве — дополнительных остроконечных «затеков» эмали. На внутренней поверхности альвеолярных отростков нижней челюсти в проекции корней моляров выраженные костные бугорки. • Череп негроида широкий. Лицевой скелет несколько уплощен. Переносье неглубокое. Грушевидное отверстие широкое. Скуловые кости выступают умеренно. Альвеолярный отросток верхней челюсти и верхние резцы резко выступают вперед. Зубы крупные. Вторые и третьи моляры имеют вытянуто-вертикальную форму. Расовые особенности строения черепа существенно влияют на многие краниометрические показатели, которые используют для определения пола. Поэтому, устанавливая пол, следует пользоваться диагностическими таблицами, составленными для представителей определенной расы. Антигенные свойства тканей. Идентификация человека возможна по следам крови, спермы, волосам, частицам органов и тканей. Это исследование может носить самостоятельный характер при обнаружении следов на месте происшествия, одежде и других предметах. Оно может быть одним из элементов в комплексе исследований при идентификации личности. Антигены многих изосерологических систем (АВ0, Р.

Lewis) экспрессируются не только на мембранах эритроцитов, но и на клеточных мембранах практически всех тканей и органов человека, а также присутствуют в различных выделениях и жидкостях человеческого организма. Таким образом, антигенные свойства тканей и биологических жидкостей можно дифференцировать по изосерологическим (AB0, Rh, MNSs, P. Lutheran, Lewis, Kell, Duffy, Kidd, Diego и др.), сывороточным (гаптоглобин, гаммаглобулин, группоспецифический компонент, трансферрин, липопротеиды и др.) и ферментным системам (эритроцитарная кислая фосфатаза, сывороточная холинэстераза, фосфоглюкомутаза эритроцитов и др.). Эти данные обычно дают возможность сделать лишь предположительный вывод о возможности принадлежности того или иного биологического объекта конкретному человеку (за исключением случаев выявления антигенов, несвойственных проходящим по делу лицам). Существуют ситуации, когда по анализу пятна крови можно установить фенотип человека, — это серповидноклеточная анемия и некоторые другие болезни крови. Кроме того, распространенная генетическая патология — дисплазия соединительной ткани (ДСТ) — имеет характерные внешние проявления: астеническая конституция, килевидная и воронкообразная деформации грудной клетки, сколиоз, пролапс митрального клапана и т.д. Содержание оксипролина в моче и крови лиц, имеющих две или три внешних стигмы, всегда повышено. Кроме того, различные формы ДСТ связаны с разными антигенами главного комплекса гистосовместимости (HLA), которые можно выявить в следах биологических жидкостей. Так, у лиц с ДСТ, имеющих воронкообразную деформацию грудной клетки, обнаруживаются HLA-антигены A1 и B5. Наиболее точные результаты дают методы молекулярно-генетической идентификации личности, основанные на прямом исследовании носителя наследственной информации — ДНК. Они позволяют определять даже ничтожно малые количества ДНК в биологическом материале, что делает возможным исследование гнилостно измененных, скелетированных и сильно фрагментированных останков. Молекулярно-генетический анализ дает возможность: • сделать выводы относительно принадлежности следов биологических жидкостей и тканей определенному лицу; • установить генетический пол следов; • устанавливать факт кровного родства между индивидуумами; • доказательно анализировать смешанные следы, происходящие от двух и более лиц; • идентифицировать неопознанных лиц (части трупа, скелетированные останки) при наличии предполагаемых близких родственников. В настоящее время возможно исследование как ядерной, так и митохондриальной ДНК. При исследовании скелетированных и гнилостно измененных трупов, а также следов биологических жидкостей анализ митохондриальной ДНК имеет преимущества. Это связано с более высокой его чувствительностью, обусловленной значительным числом копий митохондриальной ДНК в клетке и ее циклической структурой, обеспечивающей высокую устойчивость молекулы к повреждающим факторам. Кроме того, митохондриальный геном отличает высокая индивидуальная вариабельность нуклеотидных последовательностей. Однако использование современных методов его анализа требует применения дорогостоящих приборов и реагентов, тогда как более доступный анализ ядерной ДНК также может быть пригоден для типирования останков, направляемых на судебномедицинскую экспертизу. Исследование ядерных маркеров считают целесообразным при массовых катастрофах, когда на фрагментах костей сохраняются остатки других тканей — мышечной, хрящевой и т.д. В настоящее время в судебно-медицинской экспертизе используются три метода молекулярно-генетических исследований: • метод исследования полиморфизма длины рестрикционных фрагментов (ПДРФ); • метод исследования полиморфизма длины амплификационных фрагментов (ПДАФ); • анализ нуклеотидных

последовательностей ДНК, в том числе митохондриальной. Метод ПДРФ (ДНК-дактилоскопия) в связи с необходимостью использования радиоактивных меток исключен из арсенала большинства судебно-медицинских учреждений России, но применяется за рубежом. Анализ ПДАФ отличается высокой чувствительностью и специфичностью, но имеет и недостатки, в частности трудность оценки смешанных и загрязненных посторонним материалом образцов. Метод основан на том, что ДНК содержит гипервариабельные локусы, часть из которых представляет собой многократные повторы одних и тех же последовательностей. Число повторов в каждом из этих локусов является индивидуальной особенностью человека и передается по наследству. Амплификация гипервариабельных участков ДНК в процессе полимеразной цепной реакции (ПЦР) приводит к формированию фрагментов, которые у разных индивидов имеют разную длину. Их различают путем электрофореза. В результате точковых мутаций (нуклеотидных замен) возникают индивидуальные варианты ДНК, которые различаются по последовательности нуклеотидов, но одинаковы по длине. Это так называемый сайт-полиморфизм, обнаружить который с помощью обычных методов электрофореза невозможно. Поэтому в современных исследованиях используются иные принципы дифференциации аллельных вариантов, например, секвенирование амплифицированных фрагментов ДНК, т.е. непосредственное определение нуклеотидных последовательностей. Генетический метод относится к относительно сложным и дорогостоящим, поэтому его использование (особенно современных модификаций) целесообразно лишь тогда, когда исчерпаны возможности идентификации более простыми методами. Установление возможности кровного родства для идентификации личности возможно и методом дерматоглифического анализа. Метод основан на выявлении закономерностей наследования папиллярных узоров пальцев рук и ног, а также ладоней и подошв и состоит в получении отпечатков ладоней и стоп с помощью криминалистического набора, описании дерматоглифических признаков идентифицируемых и родственников, пропавших без вести по стандартной методике и сравнении этих признаков при помощи определения индекса дерматоглифического сходства. Прочие признаки включают: • врожденные аномалии развития организма (родимые пятна); • индивидуальные особенности строения костной системы (конфигурация лобных и гайморовых пазух); • последствия перенесенных травм (неправильно сросшиеся переломы, культи, рубцы); • последствия хирургических вмешательств (рубцы после операций, дефекты на костях после остеопластики, металлические конструкции после металлоостеосинтеза, аппараты для стимуляции деятельности сердца и др.); • изменения костей, отражающие профессиональную деятельность или занятия спортом (изменение костей у профессиональных машинисток, парикмахеров, зубных техников, теннисистов, фехтовальщиков и др.); • татуировки; • заболевания; • половой статус (состояние половой зрелости, беременность, роды, аборты и их последствия). Особое значение имеет комплекс признаков строения лица и черепа, включающий форму, размер, конфигурацию и топографию различных элементов. Все эти признаки выявляют путем наружного осмотра и внутреннего исследования трупа с применением необходимых лабораторных и инструментальных методов, среди которых наибольшее значение имеет рентгенография.

Источниками сведений о разыскиваемых могут быть паспортные данные, медицинские документы, рентгенограммы, фотоснимки, отпечатки, слепки, протезы, головной убор, обувь, одежда и др. В медицинских документах можно найти сведения о массе и росте, стоматологическом и акушерско-гинекологическом статусе, данные о времени, характере и исходах травм, заболеваний и хирургических вмешательств, информацию о группоспецифических

свойствах крови и др. Однако записи в медицинских документах не всегда точны, поэтому не следует переоценивать их значимость. Этих недостатков лишены материальные отображения человека: рентгенограммы, фотоснимки, протезы и др. На рентгенограммах могут отобразиться многие признаки: последствия травм, заболеваний, операций и т.п., а также варианты строения и взаимного расположения отдельных костных образований — лобных и гайморовых пазух, ячеек сосцевидного отростка, турецкого седла, костей грудной клетки и позвоночного ствола, балочной структуры метафизов и ячеистой структуры эпифизов длинных трубчатых костей. Вначале выявляемые на рентгенограммах признаки сравнивают с соответствующими параметрами неизвестного человека методом простого сопоставления информации. Затем получают одномасштабное и одноракурсное изображение той части тела неизвестного человека, которое соответствует изображению на уже имеющейся прижизненной рентгенограмме. Обе рентгенограммы исследуют методом наложения или приложения друг к другу двух сравниваемых изображений. Полное совпадение достигается не всегда. Для этого есть следующие варианты объяснений: • рентгенограммы принадлежат разным людям; • рентгенограммы принадлежат одному человеку, а несовпадающий признак появился или изменился после того, как была выполнена прижизненная рентгенограмма. Фотоснимки пропавшего человека, используемые для сравнительного исследования, сравнивают с фотоизображением лица неизвестного живого человека или лица трупа. Сравниваемые фотоснимки обязательно должны быть выполнены в одном ракурсе и масштабе. Изображение лица может резко отличаться на фотоснимках, выполненных в разные возрастные периоды жизни. Сравнение проводится методами взаимного сопоставления, наложения и приложения фотоизображений. Специальный характер носит такой сравнительный метод исследования, как фотосовмещение прижизненного изображения лица и изображения черепа неизвестного человека. Возможность фотосовмещения основывается на существующей корреляции между соответствующими друг другу элементами строения черепа и внешними чертами лица. Сущность метода состоит в сопоставлении взаимного топографического соотношения ряда одноименных точек и линий лица и черепа. Среди них овал лица, наружные и внутренние углы глаз, надбровные дуги, линия роста волос, подносовая и подбородочная точки, линия смыкания и углы рта. Сравнивают одномасштабные и одноракурсные изображения лица на прижизненной фотографии и черепа на посмертном снимке. Полученные негативные изображения совмещают по одноименным опознавательным точкам и линиям. Совмещенные негативы можно поместить в фотоувеличитель и сделать через них позитивный снимок, но более современные методики основаны на совмещении изображений с помощью компьютеров. Точность совмещения проверяют, пользуясь геометрическими построениями и специальными статистическими методами. Сравнение в настоящее время производят с помощью автоматизированного компьютерного поиска объектов сравнения в базе данных и определения меры сходства, служащей основанием для экспертного заключения. Для сопоставления неравнозначной по объему и нечетко сформулированной информации о погибших и разыскиваемых используются специальные алгоритмы, основанные на аппарате нечеткой логики. В частности, программный пакет одонтологического статуса позволяет оперировать с размытыми понятиями «где-то сверху», «какой-то зуб» и т.д.

3. Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания

медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.
Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении. В отношении лиц, не достигших возраста, установленного в части 2 статьи 54 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан», и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям. В отношении лиц, достигших возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан», но не приобретших дееспособность в полном объеме, информация о состоянии здоровья предоставляется этим лицам, а также до достижения этими лицами совершеннолетия их законным представителям.
Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.
Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов. Супруг (супруга), близкие родственники (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки) либо иные лица, указанные пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, имеют право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, в том числе после его смерти, если пациент или его законный представитель не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну. Порядок ознакомления с медицинской документацией пациента устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.
Пациент либо его законный представитель имеет право по запросу, направленному в том числе в электронной форме, получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов. Супруг (супруга), близкие родственники (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки) либо иные лица, указанные пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, имеют право получать медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе после его смерти, если пациент или его законный представитель не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну. Порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Билет № 7

1. Трупные пятна. Определение давности наступления смерти.
2. Характеристика повреждений от столкновения движущегося автомобиля с человеком.
3. Порядок ознакомления пациента и (или) его законного представителя с медицинской документацией.

ОТВЕТ:

1. После прекращения кровообращения кровь под действием силы тяжести пассивно перемещается по сосудам в нижележащие части тела и просвечивает через кожу, придавая ей сине-фиолетовый цвет (за счет восстановленного гемоглобина). Это явление носит название трупных пятен. Их считают абсолютным признаком смерти. Трупные пятна возникают в среднем через 1,5–2 ч после наступления смерти. В некоторых случаях при повышении проницаемости сосудистых стенок, резком переполнении венозной сети и быстром развитии трупных пятен в зоне их расположения образуются посмертные кровоизлияния — чаще всего точечные. В развитии трупных пятен различают три стадии. 1. Гипостаз — перемещение крови по сосудам. Соотношение между жидкой и твердой частями крови сохраняется. Давление на трупное пятно приводит к его исчезновению, а прекращение давления — к быстрому восстановлению. Если труп в этой стадии перевернуть, то трупные пятна переместятся на новые нижележащие части тела. Гипостаз продолжается 8–12 ч. 2. Стаз — выход плазмы в околососудистое пространство и сгущение крови, оставшейся в сосудистом русле. Давление на трупное пятно не приводит к его полному исчезновению — оно лишь бледнеет и медленно восстанавливает первоначальный цвет. Если изменить положение трупа в этой стадии, то в новые нижележащие отделы тела переместится лишь часть крови, а другая часть сохранит первоначальную локализацию. Стаз длится 12–24 ч. 3. Имбибиция — гемолиз эритроцитов с диффузией гемоглобина в сосудистую стенку и пропитыванием тканей, окружающих околососудистое пространство. Даже при сильном давлении на трупное пятно интенсивность его окраски не меняется. При изменении положения мертвого тела трупные пятна сохраняют свою локализацию. Высокая температура окружающей среды ускоряет появление трупных пятен, низкая — замедляет. Быстрому темпу наступления смерти, при котором сохраняется жидкое состояние крови, свойственны более раннее образование трупных пятен, их интенсивная окраска и значительная площадь. При агональной смерти, сопровождающейся внутрисосудистым образованием кровяных свертков, трупные пятна появляются позднее, интенсивность их окраски меньше. При гибели от острой и массивной кровопотери трупные пятна могут оказаться либо вовсе незаметными, либо бледными и островчатыми. При отравлениях гемолитическими ядами ускоряется наступление имбибиции. Поэтапную динамику развития трупных пятен используют для суждения о давности смерти. Для стандартизации условий исследования трупных пятен предложены динамометры, обеспечивающие дозированное по силе и времени давление на трупное пятно. Разработаны устройства, позволяющие объективно улавливать степень снижения интенсивности окраски трупного пятна после давления на него в момент полного восстановления первоначальной окраски после прекращения давления. Эти данные сведены в специальные диагностические таблицы, графики, номограммы, которые учитывают давность смерти, состояние трупных пятен, их реакцию на дозированную динамометрию и ряд условий, зависящих от внешней среды и особенностей гибели

организма. Процентное соотношение заполненных кровью сосудов в коже из области трупного пятна находится в прямой зависимости от длительности посмертного периода. Диаметр просвета сосудов дермы также постепенно увеличивается. Эти закономерности используют для гистологического метода определения давности наступления смерти. Цвет трупных пятен в ряде случаев косвенно указывает на причину смерти. Карбоксигемоглобин, образовавшийся в крови при отравлении угарным газом, придает им вишнево-розовую окраску. При отравлении метгемоглобинобразующими ядами трупные пятна приобретают сероватый оттенок, а при отравлении цианидами — вишневый за счет образования в крови цианметгемоглобина. В случаях смерти от сепсиса, вызванного Clostridium perfringens (например, при криминальных абортах), кожа приобретает бронзовый оттенок, в том числе в области трупных пятен. Если труп длительное время находился при низкой температуре окружающей среды, трупные пятна имеют розовую окраску. Низкая температура замедляет процессы окисления, и темп восстановления оксигемоглобина чрезвычайно снижается. Кроме того, после перемещения охлажденного трупа в теплое помещение на поверхности тела конденсируется влага, эпидермис набухает и разрыхляется, кислород проникает в кожу, взаимодействует с гемоглобином в поверхностных слоях трупных пятен и образует оксигемоглобин. При сопоставлении позы трупа в момент его обнаружения и локализации трупных пятен в отдельных случаях можно установить факт посмертного изменения положения тела и время, когда это произошло. На факт посмертного изменения положения тела будет указывать локализация трупных пятен в его верхнерасположенных частях (например, на животе при положении трупа на спине). Если трупные пятна имеются только в этих частях, то положение трупа было изменено в стадии имбибиции. Если трупные пятна определяются и на противоположных частях тела, положение трупа было изменено в стадии стаза. Если положение трупа было изменено в стадии гипостаза, то трупные пятна полностью переместятся в новые нижележащие части тела и установить факт изменения положения трупа станет возможным только посредством микроскопии. После перемещения жидкой части крови на другие участки тела диаметр просвета сосудов кожи в области первичной локализации трупных пятен остается увеличенным, поэтому наличие расширенных сосудов с оптически пустым просветом в коже, взятой из области вне локализации трупных пятен, указывает на то, что труп был перевернут. В местах плотного прилегания одежды (резинка трусов, бюстгальтер, ворот рубашки, резинки носков и др.) трупные пятна не образуются. Если труп был раздет в стадии имбибиции трупных пятен, то в зоне расположения трупных пятен от давления одежды будут видны светлые полосы бледной кожи. Если на обнаженное тело в той же стадии была надета плотно прилегающая одежда, то бледные полосы не образуются. Эти признаки используют для суждения о факте посмертных манипуляций с мертвым телом. Чтобы отличить прижизненные кровоизлияния от посмертной имбибиции гемоглобином, предложен гистохимический метод с окраской на гликофорин А — компонент мембран эритроцитов. При имбибиции он отсутствует. Во внутренних органах поле смерти также происходит стекание крови в нижележащие отделы с последующей имбибицией тканей, поэтому верхнерасположенные части органов бледные, а нижележащие — с интенсивным сине-красным оттенком. Гипостазы в кишечнике и других органах иногда приходится дифференцировать от инфарктов. Стенки сосудов становятся красными, жидкость в серозных полостях приобретает вначале розовый, а затем мутный красный цвет.

2. Повреждения от столкновения человека с движущимся автомобилем. Повреждения при этом виде автомобильной травмы возникают в несколько этапов (фаз), отличающихся разным механизмом травматического воздействия: • первичный

контакт с автомобилем — удар; • забрасывание тела на автомобиль — удар; • падение тела на грунт — удар; • скольжение по грунту — трение. В зависимости от конструктивных особенностей и скорости автомашины, характера столкновения вторая фаза может выпадать. Повреждения возникают преимущественно от тупого воздействия. Они локализуются на разных частях тела и, как правило, на разных его поверхностях. От первичного удара автомобилем образуются самые разнообразные повреждения: ссадины, кровоподтеки, ушибленные и ушибленно-рваные раны, переломы, разрывы и отрывы внутренних органов. Объем повреждений зависит в основном от массы и скорости автомобиля, а их локализация — от высоты расположения ударяющих частей автомобиля. Повреждения могут отражать форму и размеры поверхности этой части автомашины: дугообразные или полукольцевидные кровоподтеки от фар; полосовидные, параллельные друг другу ссадины от ребер передней облицовки капота и др. Передним буфером причиняются поперечные или поперечно-оскольчатые переломы (бамперпереломы) костей бедра или голени. Первичный удар относительно плоской и широкой ударяющей поверхностью автомобиля (например, автобуса) сопровождается образованием повреждений одновременно на нескольких частях тела. Локализация и характер таких повреждений во многом будут зависеть от положения тела и рельефа той его поверхности, которая в момент удара обращена к автомашине. Сильный первичный удар может привести к общему сотрясению тела. Последствиями такого сотрясения будут кровоизлияния в прикорневую зону легких и парааортальную клетчатку, под эпикард у основания сердца, в связочный аппарат печени, область ворот селезенки и почек, а также в брыжейку. В ряде случаев образуются разрывы связочного аппарата внутренних органов, иногда при ударах значительной силы наблюдаются полные отрывы сердца и селезенки. Сильный первичный удар по задней поверхности туловища может привести к резкому переразгибанию шейного отдела позвоночника и возникновению непрямых, так называемых хлыстообразных, повреждений: кровоизлияний в связочный аппарат и разрывов связок, переломов остистых отростков, задней клиновидной компрессии и вывихов тел позвонков. Удар автомашиной идущего или стоящего человека ведет к образованию на подошве и каблуках обуви следов скольжения (параллельные, поверхностные, линейные повреждения), которые помогают установить направление удара. При столкновении с легковой автомашиной тело после первичного удара забрасывается на капот, что обычно приводит к образованию повреждений головы и грудной клетки. Эти повреждения по объему менее значительны, чем повреждения от первичного удара. Иногда они могут отражать форму и размеры выступающих деталей капота и конструкции лобового стекла. Например, небольшие ушибленные раны, окруженные круглым осаднением в сочетании с круглым дырчатым или оскольчато-дырчатым переломом черепа, от удара о головку крепления стеклоочистителя. При повреждениях лобового стекла краями осколков могут причиняться царапины и поверхностные резаные раны на открытых частях тела (кистях, лице). При падении тела на грунт характер повреждений обусловливается, во-первых, сочетанием двух механизмов травматического воздействия — удара и трения, а во-вторых, широкой и неровной поверхностью грунта. Повреждения локализуются чаще всего на голове и конечностях. При ударе лицом повреждения в виде осаднений или ушибленных ран располагаются на его выступающих частях (надбровных дугах, скуловых областях, носе, подбородке). Площадь осаднений обширна, на их фоне видны множественные прямолинейные параллельные друг другу глубокие царапины или поверхностные раны. Такие же осаднения наблюдаются на коленях, локтях, ладонной поверхности кистей и т.д. Переломы черепа, как правило, ограничиваются трещинами свода, спускающимися на

основание. Переломы конечностей отличаются непрямым характером: переломы лучевой кости в типичном месте, хирургической шейки плечевой и бедренной костей, вывихи головки этих костей и др.

3. Порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. N 1050н.

Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся в медицинской организации и иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность на основании соответствующей лицензии (далее соответственно - медицинская документация, медицинская организация).

Супруг (супруга), дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки либо иные лица, указанные пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, имеют право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, в том числе после его смерти, если пациент или его законный представитель не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

Основаниями для ознакомления пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, с медицинской документацией, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 12 настоящего Порядка, является поступление в медицинскую организацию запроса, в том числе в электронной форме, пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, о предоставлении медицинской документации для ознакомления (далее - письменный запрос).

Письменный запрос содержит следующие сведения:

а) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;

б) фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента либо лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка;

в) место жительства (пребывания) пациента;

г) реквизиты документа, удостоверяющего личность лица, направившего запрос (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа);

д) реквизиты документа, подтверждающего полномочия (при наличии) законного представителя пациента (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа);

е) период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент, его законный представитель либо лицо, указанное в пункте 2 настоящего Порядка, желает ознакомиться с медицинской документацией;

ж) почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа;

з) номер контактного телефона (при наличии).

Письменный запрос направляется по почте либо доставляется нарочно в медицинскую организацию (подразделение, ответственное за обработку входящей корреспонденции). Письменный запрос в электронной форме направляется на электронный адрес медицинской организации.

Поступивший письменный запрос, в том числе в электронной форме, в течение рабочего дня регистрируется в медицинской организации. В течение рабочего дня после регистрации письменного запроса работник медицинской организации доступными средствами связи, в том числе по номеру контактного телефона (при наличии) либо по электронной почте (при наличии), уведомляет лицо, направившее

письменный запрос, о дате регистрации и входящем номере зарегистрированного письменного запроса.
Рассмотрение письменных запросов осуществляется руководителем медицинской организации или уполномоченным заместителем руководителя медицинской организации.
В течение двух рабочих дней со дня поступления письменного запроса пациент, его законный представитель либо лицо, указанное в пункте 2 настоящего Порядка, информируется доступными средствами связи, в том числе по номеру контактного телефона (при наличии) либо по электронной почте (при наличии), работником медицинской организации о дате, начиная с которой в течение пяти рабочих дней возможно ознакомление с медицинской документацией с учетом графика работы медицинской организации, а также о месте в медицинской организации, в котором будет происходить ознакомление.
Максимальный срок ожидания пациентом, его законным представителем либо лицом, указанным в пункте 2 настоящего Порядка, предоставления возможности для ознакомления с медицинской документацией не должен превышать десяти рабочих дней со дня поступления письменного запроса.
Ознакомление пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, с медицинской документацией осуществляется в помещении медицинской организации в присутствии работника, ответственного за выдачу медицинской документации для ознакомления, с учетом графика работы медицинской организации.
Перед передачей пациенту, его законному представителю либо лицу, указанному в пункте 2 настоящего Порядка, для ознакомления оригинала медицинской документации до сведения указанного лица в устной форме доводится информация о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медицинской документацией. В процессе ознакомления с медицинской документацией пациент, его законный представитель либо лицо, указанное в пункте 2 настоящего Порядка, вправе выписывать любые сведения и в любом объеме, снимать копии с медицинской документации, в том числе с помощью технических средств.
В медицинскую документацию пациента вносятся сведения об ознакомлении пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, с данной медицинской документацией, с указанием даты поступления письменного запроса, даты ознакомления, фамилии, имени, отчества (при наличии) ознакомившегося лица, а также фамилии, имени, отчества (при наличии) и должности работника, зафиксировавшего факт ознакомления, с проставлением подписи указанного работника.
Пациенты, которым оказывается медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, имеют право на ознакомление с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении медицинской организации, в котором они пребывают.
Сведения о наличии оснований для ознакомления с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении медицинской организации указываются в письменном запросе и заверяются подписью руководителя соответствующего структурного подразделения медицинской организации. Заведующий структурным подразделением медицинской организации обеспечивает возможность ознакомления пациента с медицинской документацией.
При оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациент имеет право ознакомиться с записями, сделанными медицинским работником в медицинской документации во время приема (посещения на дому).

В случае ведения медицинской документации в форме электронных документов медицинская организация при поступлении письменного запроса пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, обязана ознакомить указанное лицо с данной документацией в соответствии с настоящим Порядком.

При необходимости и в целях реализации процедуры ознакомления с медицинской документацией, сформированной в форме электронных документов, медицинская организация предоставляет заверенную копию данной медицинской документации.

Билет № 8

1. Судебно-медицинская диагностика давности наступления смерти.
2. Характеристика повреждений при травме от переезда колесом движущегося автомобиля через тело человека.
3. Условия и порядок наступления гражданско-правовой ответственности при причинении вреда жизни и (или) здоровью пациента.

ОТВЕТ:

1. Суправитальные реакции. В течение относительно небольшого промежутка времени после смерти в трупе сохраняются некоторые физиологические процессы, сохраняется жизнеспособность некоторых органов, тканей и клеток. Способность тканей мертвого тела к физиологическим реакциям постепенно угасает, что позволяет использовать ее для определения давности смерти. В течение первых полутора суток зрачки сохраняют способность сужаться после введения в переднюю камеру глаза 1%-го раствора пилокарпина и расширяться после введения атропина. В первые 5 ч после смерти сужение зрачка происходит через 3–5 с после введения пилокарпина, в период от 6 до 10–14 ч — через 6–15 с, от 14 до 24 ч — через 20–30 с, от 24 до 36 ч — через 1–2 мин. При резком ударе по двуглавой мышце плеча узким твердым предметом появляется идиомускулярная опухоль, отражающая сохраняющуюся способность мышцы реагировать на механическое раздражение. В первые 2 ч после смерти образуется высокая идиомускулярная опухоль — она возникает быстро и быстро исчезает. В последующие 2–4 ч она пологая, появляется позднее и позднее исчезает. В период от 6 до 8 ч после смерти реакция мышцы на удар выявляется лишь пальпаторно в виде локального уплотнения. В течение первых 6–12 ч сохраняется реакция мышцы на действие электрического тока. Порог электровозбудимости постепенно возрастает: через час после смерти он составляет 0,1–1 мА, через 2 ч — до 2 мА, через 6 ч достигает 40–50 мА. Его можно определить по реакции мышц на действие тока, причем электроды вводят либо в круговую мышцу у наружных углов глазной щели, либо в круговую мышцу рта у его углов. Реакцию оценивают по трехбалльной системе: • 3 балла — сокращение всей мускулатуры лица с резким сжатием век или рта; • 2 балла — сжатие только век или рта при отсутствии сокращения всей мускулатуры лица; • 1 балл — фибрилляторное подергивание век или мышц рта. Трехбалльная реакция наблюдается в течение первых 2,5 ч после смерти; двухбалльная — в период от 2,5 до 5 ч; однобалльная — от 5 до 8 ч. Сохраняют способность реагировать на химическое воздействие потовые железы. Исследуемый участок кожи обрабатывают 2% спиртовым раствором йода. После высыхания обработанной поверхности на нее наносят пасту из смеси 50 г порошка амидона и 100 г касторового масла. В центр обработанного участка подкожно

вводят 0,1–1% раствор адреналина. Через 1–1,5 ч вокруг места инъекции начинается потоотделение, проявляющееся пятнами на пасте. Реакция наблюдается в течение 30 ч после смерти. Если пасту готовить на смеси крахмала и касторового масла в той же пропорции, то потоотделение проявится синим окрашиванием устьев потовых желез. В этом случае реакция наблюдается лишь в первые 20 ч. Вместо адреналина можно применять пилокарпин и ацетилхолин.

Ранние трупные явления. После прекращения кровообращения кровь под действием силы тяжести пассивно перемещается по сосудам в нижележащие части тела и просвечивает через кожу, придавая ей сине-фиолетовый цвет (за счет восстановленного гемоглобина). Это явление носит название трупных пятен. Их считают абсолютным признаком смерти. Трупные пятна возникают в среднем через 1,5–2 ч после наступления смерти. В некоторых случаях при повышении проницаемости сосудистых стенок, резком переполнении венозной сети и быстром развитии трупных пятен в зоне их расположения образуются посмертные кровоизлияния — чаще всего точечные. В развитии трупных пятен различают три стадии. 1. Гипостаз — перемещение крови по сосудам. Соотношение между жидкой и твердой частями крови сохраняется. Давление на трупное пятно приводит к его исчезновению, а прекращение давления — к быстрому восстановлению. Если труп в этой стадии перевернуть, то трупные пятна переместятся на новые нижележащие части тела. Гипостаз продолжается 8–12 ч. 2. Стаз — выход плазмы в околососудистое пространство и сгущение крови, оставшейся в сосудистом русле. Давление на трупное пятно не приводит к его полному исчезновению — оно лишь бледнеет и медленно восстанавливает первоначальный цвет. Если изменить положение трупа в этой стадии, то в новые нижележащие отделы тела переместится лишь часть крови, а другая часть сохранит первоначальную локализацию. Стаз длится 12–24 ч. 3. Имбибиция — гемолиз эритроцитов с диффузией гемоглобина в сосудистую стенку и пропитыванием тканей, окружающих околососудистое пространство. Даже при сильном давлении на трупное пятно интенсивность его окраски не меняется. При изменении положения мертвого тела трупные пятна сохраняют свою локализацию. Высокая температура окружающей среды ускоряет появление трупных пятен, низкая — замедляет. Быстрому темпу наступления смерти, при котором сохраняется жидкое состояние крови, свойственны более раннее образование трупных пятен, их интенсивная окраска и значительная площадь. При агональной смерти, сопровождающейся внутрисосудистым образованием кровяных свертков, трупные пятна появляются позднее, интенсивность их окраски меньше. При гибели от острой и массивной кровопотери трупные пятна могут оказаться либо вовсе незаметными, либо бледными и островчатыми. При отравлениях гемолитическими ядами ускоряется наступление имбибиции. Поэтапную динамику развития трупных пятен используют для суждения о давности смерти. Для стандартизации условий исследования трупных пятен предложены динамометры, обеспечивающие дозированное по силе и времени давление на трупное пятно. Разработаны устройства, позволяющие объективно улавливать степень снижения интенсивности окраски трупного пятна после давления на него в момент полного восстановления первоначальной окраски после прекращения давления. Эти данные сведены в специальные диагностические таблицы, графики, номограммы, которые учитывают давность смерти, состояние трупных пятен, их реакцию на дозированную динамометрию и ряд условий, зависящих от внешней среды и особенностей гибели организма. Сразу после смерти все мышцы расслабляются. Однако спустя 1–3 ч они сокращаются, становятся плотными, попытки раскрыть рот, согнуть или разогнуть конечности встречают значительные затруднения. Эти изменения носят название трупного окоченения и являются абсолютным признаком смерти.

Трупное окоченение охватывает и гладкую мускулатуру внутренних органов. Особенно заметно оно в мышце сердца, если не было его тяжелой дистрофии или фибрилляции желудочков. Окоченение изменяет диаметр зрачков, иногда неравномерно, поэтому анизокория, миоз и мидриаз имеют диагностическое значение лишь в очень недолгий промежуток после смерти. Окоченение мышц, поднимающих волос, приводит к образованию «гусиной кожи». Через 3–7 сут под влиянием аутолиза и гнилостного разложения мышц окоченение исчезает. Высокая температура и низкая относительная влажность ускоряют развитие трупного окоченения, низкая температура и высокая влажность замедляют его. Задержка и слабая степень посмертного уплотнения мышц наблюдаются у стариков, детей и физически ослабленных людей, а также при их тяжелой дистрофии (отравления фосфором, бледной поганкой). Если погибший непосредственно перед смертью выполнял тяжелую физическую работу или агония сопровождалась судорогами (асфиксия, отравление судорожными ядами, эпилепсия и т.д.), окоченение развивается быстрее, сильнее выражено и дольше держится. Такой же характер окоченения отмечается при смерти от острой и массивной кровопотери. При поражении продолговатого мозга окоченение может развиться настолько мгновенно, что фиксирует позу, в которой находился человек непосредственно перед смертью (каталептическое окоченение). Прекращение процессов теплопродукции в мертвом теле приводит к его охлаждению под влиянием более низкой температуры окружающей среды и испарения влаги с поверхности кожи. Дольше всего сохраняется тепло в прямой кишке и внутренних органах. Считают, что температура трупа каждый час снижается в среднем на один градус. На скорость охлаждения влияют: • толщина подкожной жировой основы; • наличие и характер одежды; • возраст (труп новорожденного остывает особенно быстро); • инфекционные заболевания, при которых смерть наступает в момент наибольшего подъема температуры тела; • повреждения, сопровождающиеся кровопотерей; • истощение человека и др. Немалое значение имеют и условия окружающей среды: • температура; • влажность; • скорость ветра или степень вентиляции помещения; • наличие контакта тела с охлажденными массивными предметами; • характер окружающей среды (воздушная, водная и др.). Температура в подмышечных впадинах весьма варьирует и зависит от положения верхних конечностей трупа. Поэтому были предложены способы измерения температуры тела в полости рта, пищеводе, прямой кишке, в глубине внутренних органов, что стало возможным с введением метода щуповой электротермометрии.

Поздние трупные явления. Гниение быстрее протекает при средней температуре (30–40 °С) и повышенной влажности окружающей среды, при смерти от сепсиса и некоторых инфекционных заболеваний (газовая гангрена). Быстрее разлагаются трупы новорожденных детей, людей с повышенной упитанностью, медленнее — трупы стариков, истощенных и малокровных индивидуумов, а также лиц, лечившихся массивными дозами антибиотиков. Гнилостное разложение тканей может начинаться довольно быстро и проявляться поразному. Влияние на активность процессов гниения многих факторов приводит к значительным колебаниям сроков появления тех или иных гнилостных изменений, поэтому можно привести установленное эмпирически лишь приблизительное время появления этих изменений. При пребывании трупа в условиях комнатной температуры через 1–2 сут передняя брюшная стенка окрашивается в грязновато-зеленоватый цвет, что отражает наибольшую активность гнилостных процессов, происходящих в кишечнике. На 3–4-е сут через кожу начинает просвечивать грязно-зеленая венозная сеть. Ее цвет обусловлен образованием в гниющей крови сульфгемоглобина и сульфида железа. К концу первой недели развивается трупная эмфизема, обусловленная образованием гнилостных газов и скоплением их в

подкожной клетчатке. Первые проявления трупной эмфиземы наблюдаются в области лица, губ, молочных желез, мошонки, живота. В дальнейшем эмфизема приобретает тотальный характер. На 10–12-й день вся кожа трупа становится грязно-зеленого цвета, эпидермис набухает, поверхность кожи осклизлая, образуются легко вскрывающиеся гнилостные пузыри. Процесс захватывает большинство внутренних органов. Позднее других начинают гнить предстательная железа, матка, связки и хрящи. Спустя несколько месяцев все внутренние органы приобретают вид однородной грязновато-бурой массы с плохо различимой структурой. Примерно через 1–1,5 года мягкие ткани распадаются. Кости могут сохраняться десятилетиями и веками. Изо рта и других естественных отверстий при гниении может выделяться кровянистая жидкость, иногда имитирующая прижизненное кровотечение. Мумификация, или высыхание, трупа происходит в сухих, теплых, хорошо вентилируемых условиях (в чердачных помещениях, крупнозернистых и песчаных почвах). Масса и объем мумифицированного тела резко уменьшены. Кожные покровы темно-коричневые, плотные, сухие. При гистологическом исследовании можно различить общее строение органов и сосудов, структуру соединительной ткани, контуры клеток жировой ткани, поперечную исчерченность скелетной мускулатуры. Полная мумификация трупа взрослого человека наступает в течение 6–12 мес, а при особо благоприятных условиях — 2–3 мес. Трупы детей мумифицируются в течение нескольких недель. Специальная гидратационная обработка мумифицированного тела позволяет восстановить первоначальный облик погибшего. Жировоск, или сапонификация, органов и тканей развивается в условиях повышенной влажности при отсутствии или недостаточном доступе воздуха. Идеальные среды для образования жировоска — вода, а также влажные глинистые почвы. Пребывание в таких условиях приводит к мацерации кожи трупа, что создает условия для проникновения воды в ткани и органы. При этом жир разлагается на глицерин, олеиновую, пальмитиновую и стеариновую кислоты. Глицерин и олеиновая кислота вымываются из тканей, а пальмитиновая и стеариновая кислоты вступают в соединение с присутствующими в воде или влажной почве солями кальция и магния и образуют нерастворимые в воде мыла. Кроме того, по современным данным, гипоксия тканей приводит к перекисному окислению липидов мембран, продукты которого образуют на поверхности мембран стойкие комплексы с белками. Ткани, находящиеся в состоянии жировоска, имеют беловато-желтый или серовато-желтый цвет, сальный вид, прогорклый запах. Они плотны и внешне однородны. При микроскопическом исследовании можно различить строение кожи, подкожной клетчатки, сосудистых контуров, скелетных мышц и соединительнотканную строму внутренних органов. Первые заметные невооруженным глазом признаки жировоска появляются на слизистой оболочке желудка и тонкой кишки в виде рассеянных белесовато-желтых вкраплений круглой формы диаметром 2–3 мм. Эти изменения могут наблюдаться к концу первого месяца после смерти. В это же время начинается формирование жировоска в подкожной жировой основе. Через 3–4 мес явления жировоска хорошо выражены в мышцах и внутренних органах. Полное превращение тканей трупа в жировоск обычно происходит в течение года. Торфяное дубление наблюдается в трупах, длительно находящихся в торфяной почве, богатой гумусными кислотами. Под их влиянием кожа становится плотной и темнокоричневой, внутренние органы резко уменьшаются в объеме, а из костей вымываются минеральные соли. В результате кости становятся гибкими и легко рассекаются ножом. Микроскопическое строение кожи, сосудов, мышечной ткани и периферических нервов хорошо различимо. Естественная консервация трупа может наступить и в других условиях, когда труп

длительно находится в воде с высокой концентрацией солей, в нефти, при низкой температуре окружающей среды, ведущей к замерзанию тканей.

2. Повреждения от переезда колесом движущегося автомобиля. При этом виде автомобильной травмы повреждения отличаются двумя основными особенностями: расположением на ограниченном участке тела и сложным механизмом возникновения, представляющим собой сочетание сдавления, растяжения, трения и удара. Различают пять этапов образования этих повреждений: • первичный контакт с колесом — удар; • поступательное смещение тела в направлении движения автомобиля — трение; • въезд колеса на тело — трение и растяжение; • перекатывание колеса через тело — сдавление и растяжение; • волочение тела — трение. Повреждения располагаются в пределах полосы, имеющей разную протяженность в зависимости от направления перекатывания колеса через тело. Ширина полосы определяется шириной катящейся поверхности колеса, а также числом перекатывающихся колес. От сдавления (в зависимости от массы автомобиля) возникает деформация уплощения, хорошо выраженная при перекатывании через голову, грудную клетку и таз. При этом образуются: • многооскольчатые переломы черепа с наличием по месту приложения силы двух очагов мелкооскольчатых переломов, соединенных несколькими меридиональными трещинами; • двусторонние тройные переломы ребер (включающие прямые и непрямые), двойные двусторонние вертикальные переломы тазового кольца с разрывами лонного и крестцово-подвздошного сочленений и др. Внутренние органы оказываются частично или полностью размозженными, в отдельных случаях находят разделение печени на две неравные части от придавливания ее к позвоночнику, отрывы сердца у его основания, кишечника от брыжейки, разрывы ножки селезенки и почки. Иногда, например, при перекатывании колес легкового автомобиля, движущегося с небольшой скоростью, через грудную клетку или таз, повреждений костей и внутренних органов может и не быть. Сдавление может приводить к повреждениям за пределами контакта колеса с телом: • при перекатывании колес через голову — разрывы твердой мозговой оболочки с выдавливанием мозгового вещества через естественные отверстия; • через живот — надрывы поверхностных слоев кожи над остями подвздошных костей; • через живот и таз — разрывы промежности с выпадением внутренних органов наружу или их перемещением в мошонку. Растяжение приводит к разрывам и отслоениям поверхностных слоев мягких тканей, а именно: • надрывам и отрывам ушных раковин; • закрытой отслойке кожи от подкожной жировой клетчатки; • рваным и лоскутным ранам, иногда до полного скальпирования черепа или скелетирования конечности. Характерны множественные поверхностные параллельные разрывы и надрывы кожи на отдалении от места воздействия силы. Они возникают в результате смещения и перерастяжения мягких тканей между костными выступами и местом сдавления тела колесом. Такие повреждения могут наблюдаться в подвздошных областях или у края реберной дуги при переезде через живот, а также у угла нижней челюсти или над ключицей при переезде через шею. Для переезда колесом типичны участки отслоения кожи от подкожной клетчатки и апоневроза без видимого нарушения ее целости с образованием полостей, заполненных кровью. Характерно также образование обширных кровоизлияний в глубокие мышцы спины, ягодиц и бедер при отсутствии или слабой выраженности наружных повреждений. Трение о грунт при волочении, а также о колесо при въезде и перекатывании сопровождается образованием широких осаднений. Наиболее специфичным для переезда колесом является отображение рисунка протектора на теле в виде ссадин и внутрикожных кровоизлияний, а на одежде — в виде загрязнений. Однако возможны исключения. Например, следы-наложения, отображающие рисунок протектора, могут возникать

в результате падения пострадавшего на грунт, где имеются такие следы от ранее проехавшей машины.

3. Право пациента на возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи, закреплено в ст. 19 ФЗ №323. Основные положения, касающиеся ответственности в сфере охраны здоровья, урегулированы в ст. 98 ФЗ №323, в соответствии с которой вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством РФ. Возмещение вреда, причиненного жизни и (или) здоровью граждан, не освобождает медицинских работников и фармацевтических работников от привлечения их к ответственности в соответствии с законодательством РФ.

Гражданско-правовая ответственность — это предусмотренная законом (или договором) мера государственного принуждения, состоящая во взыскании судом с правонарушителя в пользу потерпевшего имущественных санкций, перелагающих на правонарушителя невыгодные имущественные последствия его поведения, направленная на восстановление нарушенной имущественной сферы потерпевшего. Особенности гражданско-правовой ответственности предопределены отношениями, складывающимися в области гражданско-правового регулирования. Это отношения между свободными, равноправными партнерами, построенные с учетом их интересов и носящие в основном имущественный характер.

В зависимости от особенностей конкретных гражданских правоотношений различают и виды имущественной ответственности за гражданские правонарушения. Так, по основаниям наступления можно выделить ответственность за причинение имущественного вреда (совершение имущественного правонарушения) и ответственность за причинение морального вреда (вреда, причиненного личности). Первый вид ответственности наиболее распространен в гражданском праве и применяется к подавляющему большинству гражданских правонарушений в отношениях между любыми субъектами. Основания такой ответственности могут быть предусмотрены как законом (в некоторых случаях и подзаконным актом), так и соглашением сторон (договором).

Второй вид ответственности возникает только в отношении граждан-потерпевших и лишь в случаях, прямо предусмотренных законом. Ответственность за причинение морального вреда, как правило, возникает независимо от вины причинителя, состоит в денежной компенсации и осуществляется независимо от подлежащего возмещению имущественного вреда, т.е. сверх него (ст. 1099—1101 ГК РФ).

Ответственность за имущественные правонарушения в гражданском праве подразделяют на договорную и внедоговорную.

Основанием наступления договорной ответственности служит нарушение договора, т.е. соглашения самих сторон. Поэтому такая ответственность может устанавливаться и за правонарушения, прямо не обеспеченные санкциями в действующем законодательстве, а в ряде случаев увеличиваться или уменьшаться по соглашению участников договора в сравнении с размером, предусмотренным законом.

Договорная ответственность возникает в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением сторонами договора определенных в нем обязательств. Договорная ответственность включает в себя как ответственность в форме возмещения убытков, так и ответственность в форме взыскания с правонарушителя неустойки (пени, штрафа). По договору оказания медицинских услуг, если медицинское вмешательство не привело к ожидаемому результату, но и

вреда здоровью не принесло, — это ненадлежащее оказание услуг (ст. 503—505 ГК РФ).

Внедоговорная ответственность возникает при причинении личности или имуществу потерпевшего вреда, не связанного с неисполнением или ненадлежащим исполнением нарушителем обязанностей, лежащих на нем в силу договора с потерпевшей стороной. Но закон требует его применения и в тех случаях, когда неисполнением договорных обязанностей причинен вред жизни или здоровью гражданина (ст. 1084 ГК). Внедоговорную ответственность нередко называют также деликтной, связывая ее в основном с обязательствами из причинения вреда (деликтами), которые, по сути, и представляют собой форму гражданско-правовой ответственности. Но сфера применения такой ответственности в действительности шире и охватывает все случаи возникновения гражданской ответственности в силу наступления обстоятельств, прямо предусмотренных законом (при отсутствии договора).

Внедоговорная (деликтная) ответственность — гарантированный минимум охраны соответствующих благ, возникает в связи с совершением одним лицом противоправных действий в отношении другого лица, в результате чего последнему причинен определенный ущерб (вред). Между правонарушителем и потерпевшим отсутствуют какие-либо договорные отношения, для наступления ответственности необходимо наличие ущерба (смерть кормильца, потеря трудоспособности и заработка потерпевшим, повреждение или уничтожение имущества, вынужденные расходы на его восстановление и т.п.).

Если в результате действий медицинских работников состояние здоровья пациента ухудшилось (по сравнению с соответствующими показателями до вмешательства), налицо причинение пациенту вреда вне рамок договорных отношений (ст. 1095—1098 ГК РФ; ст. 7 и 14 Закона о защите прав потребителей).

Ответственность в порядке регресса, или регрессная ответственность, наступает в случаях, когда гражданский закон допускает ответственность одного лица за действия другого (ст. 402—403 ГК РФ). Например, юридические лица и граждане-работодатели несут ответственность за вред, который причинили их работники при исполнении своих трудовых (служебных, должностных) обязанностей. Ответственность юридического лица за вред, причиненный его работником, несет работодатель, т.е. медицинская организация, в которой работает медицинский работник (ст. 1068 ГК РФ).

Если работодатель возместил потерпевшему вред, причиненный работником, он получает право обратного требования (регресса) к такому причинителю (п. 1 ст. 1081 ГК РФ), что и составляет существо регрессной ответственности, т.е. медицинская организация, возместившая вред, имеет право регресса (обратного требования) к своим виновным работникам (ст. 1081 ГК РФ). Таким образом, регрессная ответственность направлена на восстановление имущественной сферы того лица, которое понесло убытки, компенсировав потерпевшему его имущественные потери за другое лицо (причинителя).

Обстоятельства, при которых наступает гражданско-правовая ответственность, называют ее основаниями. Для этого необходимо установить наличие определенных условий, являющихся общими, типичными для гражданских правонарушений. К числу таких общих условий гражданско-правовой ответственности относят:

— противоправный характер поведения (действия или бездействия) лица, на которое предполагается возложить ответственность (либо наступление иных, специально предусмотренных законом или договором обстоятельств);

— наличие у потерпевшего лица вреда или убытков;

— причинную связь между противоправным поведением нарушителя и наступившими вредоносными последствиями;
— вину правонарушителя.

Необходимости наличия вышеуказанных условий для возникновения гражданско-правовой ответственности придерживается и судебная практика. Например, в определениях судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда РФ присутствуют следующие основания наступления гражданской ответственности:
— «необходимыми условиями для наступления гражданско-правовой ответственности являются: причинение вреда, противоправность поведения причинителя вреда, наличие причинной связи между наступлением вреда и противоправностью поведения причинителя вреда, вина причинителя вреда» (определение Верховного Суда РФ от 23 марта 2015 г. по делу №32-КГ14-20);
— «для наступления ответственности за причинение вреда необходимо установление противоправности поведения причинителя вреда, факта наступления вреда, причинной связи между противоправным поведением и наступившим вредом, вины причинителя вреда; отсутствие вины доказывает причинитель вреда» (определение Верховного Суда РФ от 13 октября 2015 г. по делу №35-КГ15-4) и т.д.

Противоправность поведения привлекаемого к гражданско-правовой ответственности лица — обязательное условие ее применения. Правомерные действия участников гражданских правоотношений не могут повлечь имущественной ответственности, за исключением немногочисленных, прямо предусмотренных законом случаев (п. 3 ст. 1064 ГК РФ). Например, вред, причиненный в состоянии крайней необходимости, т.е. в результате правомерных действий, подлежит возмещению его причинителем в соответствии с ч. 1 ст. 1067 ГК РФ. Следует отметить, что противоправным поведением в конкретных ситуациях может быть как действие, так и бездействие лица (при неисполнении прямо предусмотренной законом или договором обязанности совершить определенные действия). В качестве противоправного бездействия можно рассматривать непредставление пациенту информации о предстоящем медицинском вмешательстве в полном объеме, невыполнение диагностических исследований в требуемом объеме в соответствии со стандартами и др. Суд ставит на разрешение экспертных комиссий вопрос о соответствии действий медицинских работников конкретной клинической ситуации и своевременности этих действий.

Под вредом в гражданском праве понимают всякое умаление личного или имущественного блага. С этой точки зрения различают моральный и материальный вред.

Материальный вред представляет собой имущественные потери — уменьшение стоимости поврежденной вещи, уменьшение или утрату дохода, необходимость новых расходов и т.п. Он может быть возмещен в натуре либо компенсирован в деньгах. Чаще используют денежную компенсацию причиненного вреда, которую именуют возмещением убытков. Возмещение убытков — установленная законом мера гражданско-правовой ответственности, применяемая как в договорных, так и во внедоговорных отношениях.

Моральный вред представляет собой физические или нравственные страдания гражданина, вызванные нарушением его личных неимущественных прав или умалением иных его личных (нематериальных) благ — посягательствами на его честь и достоинство, неприкосновенность личности, здоровье и т.д. В сфере профессиональной медицинской деятельности это прежде всего жизнь и здоровье человека, личная и семейная тайна, которым может быть нанесен вред в результате действий или бездействия медицинского работника.

Физический вред — нарушение анатомической целостности органов и тканей или их физиологических функций; заболевания или патологические состояния, возникшие вследствие воздействия внешних факторов. Применительно к медицинской деятельности речь идет о причинении вреда здоровью или жизни (как крайнего проявления причинения вреда здоровью) при осуществлении медицинского вмешательства.

Для возложения ответственности в форме взыскания убытков или возмещения вреда во всех без исключения случаях необходимо наличие причинной связи между действиями правонарушителя и возникшим вредом (убытками). Взаимосвязь причины и следствия — объективно существующая разновидность взаимосвязи явлений, которая характерна тем, что в конкретной ситуации из двух взаимосвязанных явлений одно (причина) всегда предшествует другому и порождает его, а другое (следствие) всегда — результат действия первого. На практике по делам о возмещении вреда здоровью или жизни гражданина вопрос о наличии или отсутствии причиной связи между вредом и деяниями исполнителя медицинской услуги ставят на разрешение экспертов.

Вина — субъективное условие юридической ответственности, выражающее отношение правонарушителя к собственному неправомерному поведению и его последствиям. Обычно ее рассматривают как субъективное психическое отношение лица к своему противоправному поведению и его последствиям, связанное с предвидением неблагоприятных результатов своего поведения и осознанием возможности их предотвращения.

В гражданском праве различие форм вины редко имеет юридическое значение, ибо для наступления ответственности в подавляющем большинстве случаев достаточно наличия любой формы вины правонарушителя. По этим же причинам в целом ряде случаев вина вообще не становится необходимым условием имущественной ответственности, которую могут применять и при отсутствии вины участника гражданских правоотношений, в том числе за вину иных (третьих) лиц.

Таким образом, вину в гражданском праве рассматривают не как субъективное, психическое отношение лица к своему поведению, а как непринятие им объективно возможных мер по устранению или недопущению отрицательных результатов своих действий, диктуемых обстоятельствами конкретной ситуации.

В гражданском праве установлена презумпция вины правонарушителя (причинителя вреда), ибо именно он должен доказать отсутствие своей вины в правонарушении (п. 2 ст. 401, п. 2 ст. 1064 ГК РФ), т.е. принятие всех указанных выше мер по его предотвращению. Применение этой презумпции (предположения) возлагает бремя доказывания иного положения на указанного законом участника правоотношения. Поскольку нарушителя предполагают виновным, потерпевший от правонарушения не обязан доказывать вину нарушителя, а последний для освобождения от ответственности должен сам доказать ее отсутствие.

Что касается медицинских услуг, то вина не всегда имеет юридическое значение для наступления гражданской ответственности. Например, ст. 1095 ГК РФ указывает, что вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданина либо имуществу юридического лица вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков товара, работы или услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о товаре (работе, услуге), подлежит возмещению продавцом или изготовителем товара, лицом, выполнившим работу или оказавшим услугу (исполнителем), независимо от их вины и от того, состоял потерпевший с ними в договорных отношениях или нет.

Медицинская организация может быть освобождена от ответственности, если докажет, что вред причинен вследствие несоблюдения пациентом предписаний врача, нарушения диеты, режима приема лекарств, употребления во время лечения

спиртных напитков, наркотических средств, курения и тому подобного, при условии, что пациент был информирован не только о том, как должен вести себя во время лечения, но и о последствиях нарушения предписаний. Подобные положения содержит и ст. 1095 ГК РФ. Основанием освобождения от ответственности исполнителя услуг является также непреодолимая сила, под которой в медицинской практике иногда понимают такие индивидуальные особенности организма пациента, которые невозможно было учесть ввиду их неизвестности медицинской науке, и т.п.

Необходимо учитывать, что практически любое медицинское вмешательство сопровождают риски осложнений и иных последствий, в отношении которых неизвестно, наступят они или не наступят. Такие телесные повреждения, без которых невозможна медицинская помощь, неизбежны. Нельзя провести обследование и лечение без тех умалений здоровья, которые обязательно сопровождают медицинскую помощь. Следовательно, в таких случаях можно говорить об отсутствии вины исполнителя медицинской услуги.

Порядок и размер возмещения причиненных в результате неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи убытков определяют по правилам главы 59 ГК РФ. Возмещению подлежат все расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение (реальный ущерб). Причинитель вреда обязан также возместить утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь (упущенная выгода).

В состав утраченного заработка (дохода) потерпевшего включают все виды оплаты его труда по трудовым и гражданско-правовым договорам как по месту основной работы, так и по совместительству, облагаемые подоходным налогом. Не учитывают выплаты единовременного характера, в частности компенсацию за неиспользованный отпуск и выходное пособие при увольнении. Не допускается уменьшение размера возмещения за счет назначенной потерпевшему пенсии, в том числе по инвалидности, пособий и иных подобных выплат независимо от времени их назначения, поскольку эти выплаты имеют другую природу. Они представляют собой меры социальной защиты, посредством которых государство реализует свою социальную функцию, а соответствующие отношения не относятся к гражданско-правовым обязательствам. Запрещено также засчитывать в объем возмещения заработок (доход), который будет получен потерпевшим после увечья или иного повреждения здоровья.

Если потерпевший на момент причинения вреда не работал, учитывают по его желанию заработок до увольнения либо обычный размер вознаграждения работника его квалификации в данной местности, но не менее установленной в соответствии с законом величины прожиточного минимума трудоспособного населения в целом по Российской Федерации (ст. 1086 ГК РФ).

При причинении вреда несовершеннолетнему объем возмещения убытков напрямую связан с его возрастом. Объем возмещения вреда, причиненного несовершеннолетнему, в части возмещения утраченного потерпевшим заработка (дохода) невозможно установить, опираясь на общий критерий, используемый в ст. 1086 ГК РФ, поскольку несовершеннолетнего относят к категории нетрудоспособных, причем малолетние в возрасте до 14 лет — абсолютно нетрудоспособны, а несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет — относительно нетрудоспособны. Поэтому законодатель по-разному подходит к определению объема такого возмещения в зависимости от соответствующей

возрастной категории, к которой должен быть отнесен несовершеннолетний потерпевший в момент причинения вреда.

Так, объем возмещения вреда малолетним включает только расходы на лечение, медицинскую реабилитацию и т.п., вызванные повреждением здоровья. Объем возмещения вреда несовершеннолетнему в возрасте от 14 до 18 лет, помимо указанных расходов, включает в себя утраченный заработок (доход), который данное лицо имело на момент причинения вреда или могло бы иметь потенциально.

В последующем, после начала трудовой деятельности несовершеннолетний, здоровью которого был ранее причинен вред, вправе требовать увеличения размера возмещения вреда исходя из получаемого им заработка, но не ниже размера вознаграждения, установленного по занимаемой им должности или заработка работника той же квалификации по месту его работы.

Следствием ненадлежащего оказания либо неоказания медицинской помощи зачастую может быть смерть гражданина. Статьей 1088 ГК РФ установлен перечень лиц, имеющих право требования по возмещению вреда, причиненного жизни гражданина, и определен срок, в течение которого причинитель такого вреда обязан его возмещать. В частности, право на возмещение вреда имеют нетрудоспособные лица, состоявшие на иждивении умершего или имевшие ко дню его смерти право на получение от него содержания; ребенок умершего, родившийся после его смерти; один из родителей, супруг либо другой член семьи независимо от его трудоспособности, который не работает и занят уходом за находившимися на иждивении умершего детьми, братьями, сестрами и т.д.

Данное обязательство носит длящийся характер. Так, вред возмещается несовершеннолетним — до достижения 18 лет; учащимся старше 18 лет — до окончания учебы в учебных учреждениях по очной форме обучения, но не более чем до 23 лет; женщинам старше 55 лет и мужчинам старше 60 лет — пожизненно; инвалидам — на срок инвалидности; одному из родителей, супругу либо другому члену семьи, занятому уходом за находившимися на иждивении умершего его детьми, внуками, братьями и сестрами, — до достижения ими 14 лет либо изменения состояния здоровья.

Необходимо отметить, что лица, ответственные за вред, вызванный смертью потерпевшего, обязаны также возместить необходимые расходы на погребение лицу, понесшему эти расходы. При этом пособие на погребение в счет возмещения вреда не засчитывают.

Ненадлежащее оказание или неоказание медицинской помощи приводит помимо прямого вреда жизни и здоровью человека и к моральному вреду. Например, грубость, неуважение, проявляемое к пациенту, унижение его достоинства, причинение ему боли, страданий, когда их можно избежать, — моральный вред, который подлежит компенсации, так как нарушает законные права граждан.

Правовую основу компенсации морального вреда как гражданско- правового способа зашиты гражданских прав определяют нормы ст. 151, 1099, 1100, 1101 ГК РФ и положения ст. 15 Закона о защите прав потребителей. Данные нормы предусматривают основания и способы компенсации морального вреда, а также устанавливают критерии определения размера компенсации морального вреда.

Статья 1101 ГК РФ устанавливает, что компенсацию морального вреда производят только в денежной форме. Определение размера компенсации морального вреда полностью передано на усмотрение суда. Вместе с тем в ст. 1101 ГК РФ даны ориентиры для такого судейского усмотрения. Среди подлежащих учету при определении размера компенсации морального вреда обстоятельств, помимо указанных в ст. 151 ГК РФ степени вины нарушителя, степени физических и

нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями потерпевшего, необходимо учитывать требования разумности и справедливости.

Билет № 9

1. Трупное окоченение. Установление давности наступления смерти.
2. Характеристика повреждений при травме в салоне движущегося автомобиля.
3. Права медицинских работников в сфере трудовых правоотношений (сокращенная продолжительность рабочего времени, дополнительные отпуска, пенсионное обеспечение).

ОТВЕТ:

1. ТРУПНОЕ ОКОЧЕНЕНИЕ. Сразу после смерти все мышцы расслабляются. Однако спустя 1–3 ч они сокращаются, становятся плотными, попытки раскрыть рот, согнуть или разогнуть конечности встречают значительные затруднения. Эти изменения носят название трупного окоченения и являются абсолютным признаком смерти. Трупное окоченение охватывает и гладкую мускулатуру внутренних органов. Особенно заметно оно в мышце сердца, если не было его тяжелой дистрофии или фибрилляции желудочков. Окоченение изменяет диаметр зрачков, иногда неравномерно, поэтому анизокория, миоз и мидриаз имеют диагностическое значение лишь в очень недолгий промежуток после смерти. Окоченение мышц, поднимающих волос, приводит к образованию «гусиной кожи». Через 3–7 сут под влиянием аутолиза и гнилостного разложения мышц окоченение исчезает. Сущность посмертного окоченения состоит в полимеризации актомиозиновых структур с образованием нерастворимого геля. Сокращение мышечной ткани связано с распадом аденозинтрифосфата (АТФ), а расслабление мышцы — с его ресинтезом. В течение первого часа после смерти уровень АТФ повышается, что объясняют подавлением АТФ-азной активности миозина свободными ионами кальция. К концу первого часа начинается снижение уровня АТФ, а условия для его синтеза в трупе отсутствуют, поэтому сокращение мышц приобретает необратимый характер. Хотя трупное окоченение начинается одновременно во всей мышечной ткани, заметным оно становится раньше всего в наиболее коротких, широких и мощных мышцах. Сгибатели верхних и нижних конечностей сильнее разгибателей, поэтому кисти оказываются несколько сжатыми, руки — согнутыми в локтевых, а ноги — в коленных суставах. При насильственном нарушении окоченения происходят разрывы мышечных волокон, возможны даже отрывы мышц от костей. Если трупное окоченение искусственно нарушается в течение первых нескольких часов, то оно восстанавливается вновь, хотя и оказывается выраженным в меньшей степени. Окоченение, нарушенное позже, не восстанавливается. Следовательно, если окоченение хорошо выражено в одних группах мышц и отсутствует в других, то это можно объяснить посмертными попытками изменить положение или позу трупа. Высокая температура и низкая относительная влажность ускоряют развитие трупного окоченения, низкая температура и высокая влажность замедляют его. Задержка и слабая степень посмертного уплотнения мышц наблюдаются у стариков, детей и физически ослабленных людей, а также при их тяжелой дистрофии (отравления фосфором, бледной поганкой). Если погибший непосредственно перед смертью

выполнял тяжелую физическую работу или агония сопровождалась судорогами (асфиксия, отравление судорожными ядами, эпилепсия и т.д.), окоченение развивается быстрее, сильнее выражено и дольше держится. Такой же характер окоченения отмечается при смерти от острой и массивной кровопотери. При поражении продолговатого мозга окоченение может развиться настолько мгновенно, что фиксирует позу, в которой находился человек непосредственно перед смертью (каталептическое окоченение). Чаще наблюдается сохранение положения лишь отдельных частей тела. Например, при падении в воду и последующем утоплении в руке трупа остаются зажатыми пучки травы с берега.

2. Повреждения в салоне автомобиля. Обстоятельства получения повреждений при этом виде автомобильной травмы отличаются наибольшим разнообразием: переворачивание автомашины во время движения и падения ее с высоты, удар о неподвижные придорожные предметы, столкновение автомобилей между собой и с другими транспортными средствами и др. Объем повреждений зависит от скорости соударения. Характер повреждений определяется конструкцией интерьера кабины и кузова автомобиля, наличием в них посторонних предметов, местоположением пострадавших (водитель, пассажир). Этот вид автомобильной травмы в типичных случаях характеризуется тремя фазами: • контакт тела с частями интерьера автомобиля (удар) при смещении тела по инерции (при фронтальном столкновении — вперед; при этом образуются повреждения от удара областью коленных уставов о панель приборов и головой о ветровое стекло, а у водителя — грудной клеткой о рулевое колесо); • контакт тела с частями интерьера автомобиля (удар) при отбрасывании тела в противоположном направлении (при фронтальном столкновении — назад; при этом образуются ушибленные раны подбородка в результате удара о панель приборов, кровоподтеки в межлопаточной области и в области ягодиц от отбрасывания на сиденье); • сдавление тела сместившимися внутрь деформированными частями кузова или кабины. Если после первичного столкновения автомобиль переворачивается, то находящиеся в кабине люди подвергаются дополнительным ударным воздействиям. При первичном ударе возникают повреждения на лице, передней поверхности грудной клетки, коленных суставов и голеней. У водителя это полукруглые ссадины и кровоподтеки на грудной клетке, повторяющие форму рулевого колеса, иногда закрытые поперечные переломы грудины, закрытые переломы плюсневых костей от ударов о педали управления; у пассажиров, находящихся в кабине, — ссадины, кровоподтеки и ушибленные раны лица, закрытые переломы надколенников, переломы вертлужных впадин, задние вывихи головок бедренной кости. От первичного удара у водителя и пассажира кабины могут возникать разрывы внутренних органов и повреждения от общего сотрясения тела. Удары могут быть настолько сильны, что рисунок одежды может отпечататься в виде поверхностных повреждений на спинке сиденья водителя или пассажира. В этой фазе травмы при отсутствии фиксации головы могут возникать и непрямые (хлыстообразные) повреждения вследствие резкого переразгибания шейного отдела позвоночника. Осколками разбитых стекол могут причиняться множественные царапины и поверхностные резаные раны на лице и кистях. При несмертельной травме внутри салона легкового автомобиля у водителя и пассажира переднего сиденья наиболее часто повреждаются таз и нижние конечности. Среди повреждений опорно-двигательного аппарата у водителей по частоте доминируют поперечные и оскольчатые переломы надколенника, нехарактерные для пассажиров переднего сиденья. Для водителей типичны разрывы ткани брюк в области коленных суставов, ссадины, кровоподтеки и ушибленные раны на передней поверхности коленных суставов и голеней, кровоподтеки на передневнутренней поверхности бедер от воздействия обода рулевого колеса, переломы вертлужной впадины в

сочетании с задневерхним вывихом головки бедренной кости, переломы горизонтальной ветви лобковых костей с разрывами сочленения лобкового симфиза, переломы левой бедренной кости (в том числе двусторонние и двойные) и костей левой голени, лево- или двухсторонние переломы костей предплюсны и плюсны. На подошвах обуви иногда отмечаются отпечатки от педалей управления. У пассажира переднего сиденья наблюдаются краевые переломы вертлужной впадины и переломы ее дна, переломы правых лобковой и седалищной костей, правой бедренной кости, костей правой голени, фаланг пальцев стоп. Переломы надколенника у пассажиров переднего сиденья встречаются реже, чем у водителей, и только справа. Иногда на подошве обуви при смещении нижних конечностей вперед встречаются следы скольжения, отрывы набойки каблука. Для водителей характерны также рвано-ушибленные раны в области первого межпальцевого промежутка, ссадины тыльной поверхности кисти, иногда сочетающиеся с переломо-вывихом основной фаланги первого пальца, кровоподтеки по локтевому краю предплечий, поперечные переломы средней трети плечевой кости, разрывы органов грудной полости и печени от удара о рулевую колонку, перелом левой ключицы от ремня безопасности. У пассажиров переднего сиденья обнаруживают раны и ссадины на основании ладони и в нижней части правого предплечья, переломы костей предплечья и плеча, вывихи в суставах верхних конечностей (образующиеся при рефлекторном выбросе руки вперед и упоре ее в переднюю панель автомобиля), ушибленные и резаные раны на лице, переломы черепа в лобной области и лицевых костей от ударов об окантовку ветрового стекла и само стекло, раны и ссадины на нижней части подбородка, перелом правой ключицы от ремня безопасности. Основные травмообразующие детали, контактирующие с водителем и пассажиром переднего сиденья в момент столкновения: • детали рулевого колеса; • рулевая колонка; • панель приборов; • педали управления; • выступы «щитка передка» на полу салона слева и справа в проекции ног водителя и пассажира переднего сиденья; • ручки стеклоподъемников; • подлокотники на дверцах автомобиля; • боковые края спинок передних сидений; • ремни безопасности. Сопоставляя характер и взаимное расположение повреждений на теле пострадавших с конструкцией интерьера кабины, можно судить, с одной стороны, об их местоположении и действиях в момент травмы, а с другой — о направлении удара при столкновении автомобиля. Повреждения на теле пассажиров кузова отличаются значительным полиморфизмом в силу слабой фиксации тела, наличия в кузове разнообразных по форме и размерам посторонних предметов, возможности относительно свободного смещения тела в кузове после первичного удара и получения дополнительных повреждений. Сдавление тела возникает при деформации кабины или прижатии частей тела к неподвижным частям кабины сместившимися внутрь деталями. Так, сдавление грудной клетки водителя влечет закрытые двусторонние прямые переломы передних отделов ребер. Концами сломанных ребер могут травмироваться сердце и легкие. Выступившие внутрь кабины поврежденные части автомашины могут причинить самые разнообразные дополнительные повреждения в виде «штампованных» ушибленных ран, глубоких колотых, резаных и колото-резаных ран. Иногда травма в кабине автомобиля может сопровождаться пожаром и взрывом, что и определяет характер последствий в виде комбинированной травмы: термические ожоги и механические повреждения.

3. В ст. 72 Закона определено право медицинских работников на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами РФ, в том числе право на создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих

трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием, в порядке, определенном законодательством РФ.

Реализация данного права медицинского работника базируется на фундаментальном принципе правового регулирования трудовых отношений: обеспечение права каждого работника на справедливые условия труда, в том числе на условия труда, отвечающие требованиям безопасности и гигиены, права на отдых, включая ограничение рабочего времени, предоставление ежедневного отдыха, выходных и нерабочих праздничных дней, оплачиваемого ежегодного отпуска (ст. 2 ТК РФ).

Как было указано ранее, медицинские работники — специальный субъект трудового права в силу специфики профессиональной деятельности, что обусловливает установление в законе особенностей трудовых правоотношений.

В частности, ст. 350 ТК РФ для медицинских работников установлены:

- сокращение рабочего времени для медработников, не более 39 ч в неделю. В зависимости от должности и (или) специальности продолжительность рабочего времени медицинских работников определена постановлением Правительства РФ от 14.02.2003 №101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности». Например, до 36 ч в неделю сокращено рабочее время медперсонала, непосредственно осуществляющего уход за ВИЧ-инфицированными пациентами, до 30 ч — медработников противотуберкулезных диспансеров и т.д.;
- возможность увеличения времени работы по совместительству на селе.

Особенности работы по совместительству медицинских работников определены в постановлении Минтруда России от 30.06.2003 №41 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры» во исполнение соответствующего поручения Правительства РФ (постановление Правительства РФ от 04.04.2003 №197 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры»).

Однако для медицинских работников организаций здравоохранения, проживающих и работающих в сельской местности и в поселках городского типа, эта продолжительность может быть увеличена. Так, постановлением Правительства РФ от 12.11.2002 №813 «О продолжительности работы по совместительству в организациях здравоохранения медицинских работников, проживающих и работающих в сельской местности и в поселках городского типа» установлена продолжительность работы по совместительству в организациях здравоохранения медицинским работникам, проживающим и работающим в сельской местности и в поселках городского типа, не более 8 ч в день и 39 ч в неделю;

- дополнительный отпуск отдельных категорий медработников.

Порядок и условия предоставления права на дополнительный отпуск определены специальными нормативными правовыми актами. Так, ст. 15 Федерального закона от 18.06.2001 №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» установлено, что медицинские работники, непосредственно участвующие в оказании противотуберкулезной помощи, имеют право на дополнительный отпуск за работу в опасных для здоровья и тяжелых условиях труда. В соответствии с постановлением Правительства РФ от 06.06.2013 №482 «О продолжительности ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, предоставляемого отдельным категориям работников» продолжительность дополнительного отпуска работников, в трудовые (должностные) обязанности которых входит непосредственное участие в оказании противотуберкулезной помощи, составляет 14 календарных дней.

Постановлением Правительства РФ от 30.12.1998 №1588 врачам общей практики (семейным врачам) и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) установлен ежегодный дополнительный оплачиваемый 3-дневный отпуск за непрерывную работу в этих должностях свыше 3 лет.

Право на дополнительный отпуск предоставлено врачам-психиатрам, иным специалистам, медицинскому и другому персоналу учреждений здравоохранения, участвующим в оказании психиатрической помощи в соответствии со ст. 22 Закона РФ от 02.07.1992 №3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Конкретная продолжительность дополнительных отпусков определена постановлением Правительства РФ от 06.06.2013 №482 «О продолжительности ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, предоставляемого отдельным категориям работников». Так, отпуска продолжительностью 35 календарных дней предоставляют среднему и младшему медицинскому персоналу (кроме медицинского статистика), в трудовые (должностные) обязанности которых входит оказание психиатрической помощи.

Дежурства на дому. В целях реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в экстренной или неотложной форме медицинским работникам медицинских организаций с их согласия можно устанавливать дежурство на дому (ст. 350 ТК РФ). Дежурство на дому — пребывание медицинского работника медицинской организации дома в ожидании вызова на работу (для оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме). Время дежурства на дому учитывают в размере 1/2 часа рабочего времени за каждый час дежурства на дому. Общая продолжительность рабочего времени медицинского работника медицинской организации с учетом времени дежурства на дому не должна превышать норму рабочего времени медицинского работника медицинской организации за соответствующий период.

Особенности режима рабочего времени и учета рабочего времени при осуществлении медицинскими работниками медицинских организаций дежурств на дому определены приказом Министерства здравоохранения РФ от 02.04.2014 №148н «Об утверждении Положения об особенностях режима рабочего времени и учета рабочего времени при осуществлении медицинскими работниками медицинских организаций дежурств на дому».

Необходимо также отметить, что медицинские работники — специальные субъекты пенсионного обеспечения. В соответствии с подп. 20 п. 1 ст. 27 Федерального закона от 17.12.2001 №173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости предоставлено лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения не менее 25 лет в сельской местности и поселках городского типа и не менее 30 лет в городах, сельской местности и поселках городского типа либо только в городах, независимо от их возраста. В исполнение подп. 20 п. 1 и 2 ст. 27 названного Федерального закона постановлением Правительства РФ от 29.10.2002 №781 утвержден список должностей и учреждений, деятельность в которых засчитывают в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения.

Билет № 10

1. Гнилостное изменение трупа. Судебно-медицинское значение.
2. Судебно-медицинская экспертиза установления возраста.
3. Дисциплинарная ответственность медицинских работников: виды дисциплинарных наказаний и порядок наложения.

ОТВЕТ:

1. ПОЗДНИЕ ТРУПНЫЕ ЯВЛЕНИЯ. Поздние трупные явления делят на разрушающие (гниение) и консервирующие (мумификация, жировоск, торфяное дубление). ГНИЕНИЕ – это явление представляет собой распад биологических тканей под влиянием микрофлоры. В гниении в основном принимают участие вульгарный протей, палочка Ценкера, белая трупная бактерия, кишечная, слизистая, брыжеечная и спорогенная палочки. В процессе быстрого размножения они выделяют протеазы, разлагающие белки на аминокислоты, аммиак и органические кислоты с последующим образованием сероводорода, метана, углекислого газа, меркаптанов, птомаинов (кадаверина, пудресцина) и др. Патогенная флора при этом погибает. Гниение быстрее протекает при средней температуре (30–40 °С) и повышенной влажности окружающей среды, при смерти от сепсиса и некоторых инфекционных заболеваний (газовая гангрена). Быстрее разлагаются трупы новорожденных детей, людей с повышенной упитанностью, медленнее — трупы стариков, истощенных и малокровных индивидуумов, а также лиц, лечившихся массивными дозами антибиотиков. Гнилостное разложение тканей может начинаться довольно быстро и проявляться поразному. Влияние на активность процессов гниения многих факторов приводит к значительным колебаниям сроков появления тех или иных гнилостных изменений, поэтому можно привести установленное эмпирически лишь приблизительное время появления этих изменений. При пребывании трупа в условиях комнатной температуры через 1–2 сут передняя брюшная стенка окрашивается в грязновато-зеленоватый цвет, что отражает наибольшую активность гнилостных процессов, происходящих в кишечнике. На 3–4-е сут через кожу начинает просвечивать грязно-зеленая венозная сеть. Ее цвет обусловлен образованием в гниющей крови сульфгемоглобина и сульфида железа. К концу первой недели развивается трупная эмфизема, обусловленная образованием гнилостных газов и скоплением их в подкожной клетчатке. Первые проявления трупной эмфиземы наблюдаются в области лица, губ, молочных желез, мошонки, живота. В дальнейшем эмфизема приобретает тотальный характер. На 10–12-й день вся кожа трупа становится грязно-зеленого цвета, эпидермис набухает, поверхность кожи осклизлая, образуются легко вскрывающиеся гнилостные пузыри. Процесс захватывает большинство внутренних органов. Позднее других начинают гнить предстательная железа, матка, связки и хрящи. Спустя несколько месяцев все внутренние органы приобретают вид однородной грязновато-бурой массы с плохо различимой структурой. Примерно через 1–1,5 года мягкие ткани распадаются. Кости могут сохраняться десятилетиями и веками. Изо рта и других естественных отверстий при гниении может выделяться кровянистая жидкость, иногда имитирующая прижизненное кровотечение.
2. Судебно-медицинское определение возраста может носить как характер самостоятельной задачи (например, при утрате документов и необходимости установления: возраста уголовной ответственности за тяжкие преступления — 14 лет; совершеннолетия или брачного возраста — 18 лет; призывного возраста — 18–27 лет), так и быть одним из вопросов, решаемых при идентификации личности. Установление возраста основано на оценке степени выраженности признаков развития и инволюции организма. Длина тела имеет наибольшее значение при определении возраста в течение первого года жизни. Появление и развитие молочных зубов начинаются со второй половины первого года и продолжаются до 6–7 лет, а постоянных зубов — с 6–7 до 25

лет. Стирание постоянных зубов начинается с 13–14 лет и продолжается в течение всей жизни. Вторичные половые признаки появляются в 11–12 лет и полностью развиваются к 18–20 годам. Инволютивные изменения кожи (постепенная утрата эластичности, понижение тургора, появление морщин и др.) начинается с 20–25 лет. Точки окостенения скелета появляются во внутриутробном периоде и продолжают формироваться в течение первого года. Первые синостозы развиваются в 2–3 года, а завершается синостозирование в возрасте около 18 лет. Облитерация швов черепа начинается с 16 лет и обычно продолжается до 50–55 лет. Признаки возрастной инволюции скелета, выявляемые на рентгенограммах, включают: • обызвествление хрящей (в частности, реберных); • образование остеофитов, к которым относятся: – апиостозы (краевые разрастания бугристостей дистальных фаланг пальцев); – узлы Эбердена, Бушара, Рохлина и т.д. (разрастания костной ткани на суставных поверхностях); – экзостозы на диафизах, в частности, проксимальных и средних фаланг пальцев кисти (костные разрастания в местах прикрепления сухожилий); • склеротические изменения — эностозы (очаги повышенной оптической плотности костной ткани), увеличение ширины оснований фаланг пальцев; • атрофические изменения: – остеопороз (истончение и разрежение губчатого вещества, истончение компактного вещества); – очаги атрофии (округлые дефекты костной ткани); – деформация и сужение суставной щели (уменьшение просвета между смежными костями вследствие истончения суставного хряща). Признаки инволюции костной ткани раньше всего выявляются при исследовании кистей рук: апиостозы, узлы на проксимальных концах фаланг, остеопороз и сужение щелей межфаланговых суставов начинают обнаруживаться уже с 25 лет. В 30 лет добавляются такие признаки инволюции скелета, как обызвествление щитовидного хряща, заострение ульнарного края фаланг. При исследовании трупа биологический возраст можно установить с помощью микроостеологических и микроостеометрических методик. Развитие костной ткани включает смену ее типов (до 5 лет обнаруживается грубоволокнистая костная ткань, позже она замещается пластинчатой), замещение первичных остеонов вторичными, остеонизацию компактного слоя, увеличение с возрастом количества перестроенных форм остеонов, появление признаков периостальной резорбции и остеопороза в компактном веществе и т.д. У детей и подростков наблюдается увеличение с возрастом параметров, отражающих интенсивный остеогенез и его преобладание над остеорезорбцией: толщины трабекул в губчатой костной ткани, толщины кортикального слоя ребра, слоев внутренних и наружных общих пластинок диафизов длинных трубчатых костей. В диафизах длинных трубчатых костей хорошо развиты наружный и внутренний слои общих пластинок. Резорбционные полости немногочисленны, просветы гаверсовых каналов невелики. Заметны маломинерализованные остеоны. В интервале от 18 до 30 лет костная система сформирована, поэтому существенно изменяются с возрастом только те структуры, перестройка которых необходима для приспособления к изменениям механической нагрузки и минерального обмена: диаметры остеонов и гаверсовых каналов в компактной костной ткани увеличиваются, а толщина слоев внутренних и наружных общих пластинок диафизов начинает убывать в связи с заменой этих слоев остеонами. Кроме того, наблюдается выраженная динамика параметров, характеризующих структуру реберного хряща. Четыре слоя, включающие зону покоящегося хряща, зону пролиферации хондроцитов, зону созревающего хряща и зону кальцинирующегося хряща, отчетливо дифференцируются только до 30 лет, после чего практически вся хрящевая ткань приобретает строение покоящейся. По-видимому, четырехслойное строение отражает активный остеогенез, интенсивность которого с возрастом резко снижается. В группе от 30 до 50 лет начинают определяться параметры, характеризующие усиленную остеорезорбцию: нарастает диаметр гаверсовых каналов, уменьшается толщина трабекул губчатой костной ткани, а также слоев наружных и внутренних общих пластинок в диафизах. Продолжается также адаптивная перестройка,

что проявляется продолжающимся возрастанием диаметра и плотности остеонов. Начинает возрастать плотность остеонов с перестроенным центральным отделом, отражающая количество циклов ремоделирования. В интервале более 50 лет на первый план выходит динамика параметров, отражающих преобладание остеорезорбции: нарастает плотность остеонов с перестроенным центральным отделом в компактном веществе диафизов, уменьшается толщина кортикального слоя ребра и средняя плотность остеоцитов в его компактном веществе. Слои общих пластинок тонкие и отмечаются только на отдельных участках кости. Просветы гаверсовых каналов заметно увеличиваются, наблюдаются большие резорбтивные полости. Для выявления перечисленных признаков у живых людей применяют антропометрическое, клиническое, стоматологическое, гинекологическое и рентгенологическое обследования. При исследовании трупов используют макро- и микроскопическую остеоскопию, остеометрию и рентгенографию, а также исследование зубов. Ввиду асинхронности возрастных изменений для более точного суждения о возрасте необходимо исследовать максимально возможное число органов, тканей и тканевых структур. При большом разбросе возрастных показателей по отдельным признакам необходимо выяснить причины, которые могли ускорить или замедлить процессы эволюции или инволюции организма (хронические заболевания, нарушения гормональной функции, избирательная физическая нагрузка, пребывание в условиях вредных производств и др.).

3. Дисциплинарная ответственность — один из видов юридической ответственности по трудовому праву.

Общее основание для привлечения к дисциплинарной ответственности — неисполнение или ненадлежащее исполнение работником его трудовых обязанностей (ст. 192 ТК РФ).

Помимо этого, в ряде статей ТК РФ специально оговорена ответственность за те или иные дисциплинарные проступки. Например, ст. 90 ТК РФ устанавливает ответственность за нарушение норм, регулирующих обработку и защиту персональных данных работника; ст. 416 ТК РФ определяет ответственность за уклонение от участия в примирительных процедурах, невыполнение соглашения, достигнутого в результате примирительной процедуры, неисполнение либо отказ от исполнения решения трудового арбитража; ст. 417 ТК РФ — ответственность работников за незаконные забастовки и т.д.

Как и любое другое правонарушение, дисциплинарный проступок обладает совокупностью признаков: объект, объективная сторона, субъект, субъективная сторона.

Объект дисциплинарного проступка — общественные отношения, складывающиеся в процессе выполнения трудовой функции в рамках конкретной организации.

Объективную сторону дисциплинарного проступка образуют те элементы, которые характеризуют его как определенный акт внешнего поведения лица. Обязательные элементы объективной стороны дисциплинарного проступка:

— противоправное деяние (действие или бездействие);
— причинение вреда работодателю;
— наличие причинной связи между противоправным деянием и наступившим вредом.

Противоправность поведения проявляется в нарушении трудовых обязанностей, возлагаемых на работника трудовым договором, коллективным договором, правилами внутреннего трудового распорядка, должностными инструкциями и т.д.

Обязательный элемент объективной стороны дисциплинарного проступка — причинение неисполнением или ненадлежащим исполнением работником своих трудовых обязанностей вреда организации (работодателю). При этом вредные последствия, наступающие в результате совершения различных дисциплинарных проступков, неоднородны по содержанию. Так, для некоторых дисциплинарных проступков характерен реальный имущественный ущерб (например, при поломке медицинского оборудования работником). Это так называемые дисциплинарные проступки с материальным составом. При совершении других дисциплинарных проступков вред хотя

и менее ощутим, но тоже присутствует (например, при опоздании сотрудника на работу). Такие действия именуют проступками с формальным составом.

Субъектом дисциплинарного проступка может быть гражданин, состоящий в трудовых правоотношениях с конкретной организацией и нарушающий трудовую дисциплину.

Субъективная сторона дисциплинарного проступка выражается в виновности нарушителя. Наличие вины — обязательное условие привлечения к дисциплинарной ответственности. В трудовом праве дисциплинарные проступки не дифференцированы в зависимости от формы вины (умысел, неосторожность). Таким образом, нарушение дисциплины труда должно быть виновным, совершенным умышленно или неосторожно. В связи с этим неисполнение работником трудовых обязанностей по независящим от него причинам (например, из-за отсутствия необходимых материалов, в связи с состоянием здоровья, препятствующим выполнению работы) не является дисциплинарным поступком, так как в данном случае вина работника отсутствует.

Чтобы применение мер дисциплинарного взыскания к работнику было обоснованным, необходимо соблюсти все условия для привлечения его к дисциплинарной ответственности. Несоблюдение хотя бы одного из них может повлечь отмену дисциплинарного взыскания в судебном порядке по иску работника.

Кроме того, в случае судебного рассмотрения дела работодателю необходимо будет представить доказательства, свидетельствующие не только о том, что работник совершил дисциплинарный проступок, но и о том, что при наложении взыскания учтены тяжесть этого проступка, обстоятельства, при которых он был совершен, предшествующее поведение работника, его отношение к труду.

В части 1 ст. 192 ТК РФ установлен исчерпывающий перечень дисциплинарных взысканий, налагаемых на нарушителей трудовой дисциплины:

— замечание;
— выговор;
— увольнение по соответствующим основаниям.

Наиболее строгая и крайняя мера воздействия на нарушителей трудовой дисциплины — увольнение по соответствующим основаниям.

В первоначальной редакции ТК РФ не определялось, о каких конкретно основаниях увольнения идет речь. В настоящее время данный пробел устранен и определено, какие именно основания увольнения рассматривают в качестве дисциплинарных санкций за совершение дисциплинарного проступка (ч. 3 ст. 192 ТК РФ).

К дисциплинарным взысканиям, в частности, относят увольнение работника по основаниям, предусмотренным:

— п. 5 ч. 1 ст. 81 ТК РФ: неоднократное неисполнение работником без уважительных причин трудовых обязанностей, если он имеет дисциплинарное взыскание;
— п. 6 ч. 1 ст. 81 ТК РФ: однократное грубое нарушение работником трудовых обязанностей, а именно:

■ прогул, т.е. отсутствие на рабочем месте без уважительных причин в течение всего рабочего дня (смены) независимо от его (ее) продолжительности, а также в случае отсутствия на рабочем месте без уважительных причин более 4 ч подряд в течение рабочего дня (смены);

■ появление работника на работе (на своем рабочем месте либо на территории организации-работодателя или объекта, где по поручению работодателя работник должен выполнять трудовую функцию) в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения;

■ разглашение охраняемой законом тайны (государственной, коммерческой, служебной и иной), ставшей известной работнику в связи с исполнением им трудовых обязанностей, в том числе разглашение персональных данных другого работника;

■ совершение по месту работы хищения (в том числе мелкого) чужого имущества, растраты, умышленного его уничтожения или повреждения, установленных вступившим

в законную силу приговором или постановлением судьи, органа, должностного лица, уполномоченных рассматривать дела об административных правонарушениях;

■ установленное комиссией по охране труда или уполномоченным по охране труда нарушение работником требований охраны труда, если это нарушение повлекло за собой тяжкие последствия (несчастный случай на производстве, аварию, катастрофу) либо заведомо создавало реальную угрозу наступления таких последствий;

— п. 7 ч. 1 ст. 81 ТК РФ: совершение виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности, если эти действия дают основание для утраты доверия к нему со стороны работодателя;

— п. 7.1 ст. 81 ТК РФ: непринятие работником мер по предотвращению или урегулированию конфликта интересов, стороной которого он является, непредставление или представление неполных или недостоверных сведений о своих доходах, расходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера либо непредставление или представление заведомо неполных или недостоверных сведений о доходах, расходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера своих супруга (супруги) и несовершеннолетних детей, открытие (наличие) счетов (вкладов), хранение наличных денежных средств и ценностей в иностранных банках, расположенных за пределами территории РФ, владение и (или) пользование иностранными финансовыми инструментами работником, его супругом (супругой) и несовершеннолетними детьми в случаях, предусмотренных ТК РФ, другими федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента РФ и Правительства РФ, если указанные действия дают основание для утраты доверия к работнику со стороны работодателя;

— п. 8 ч. 1 ст. 81 ТК РФ: совершение работником, выполняющим воспитательные функции, аморального проступка, несовместимого с продолжением данной работы) в случаях, когда виновные действия, дающие основания для утраты доверия, либо аморальный проступок совершены работником по месту работы и в связи с исполнением им трудовых обязанностей;

— п. 9 ч. 1 ст. 81 ТК РФ: принятие необоснованного решения руководителем организации (филиала, представительства), его заместителями и главным бухгалтером, повлекшего за собой нарушение сохранности имущества, неправомерное его использование или иной ущерб имуществу организации), или п. 10 ч. 1 ст. 81 ТК РФ (однократное грубое нарушение руководителем организации (филиала, представительства), его заместителями своих трудовых обязанностей), или п. 1 ст. 336 ТК РФ (повторное в течение одного года грубое нарушение устава образовательного учреждения).

Перечень дисциплинарных взысканий, предусмотренный ст. 192 ТК РФ, не исчерпывающий. Федеральным законом, уставом или положением о дисциплине, установленным федеральным законом, для отдельных категорий работников могут быть предусмотрены и другие дисциплинарные взыскания. Однако дисциплинарные взыскания, установленные иными федеральными законами, уставами и положениями о дисциплине, применяют только к тем работникам, которые подпадают под их действие.

Право выбора конкретного дисциплинарного взыскания принадлежит работодателю. Однако при этом надо учитывать тяжесть совершенного проступка и обстоятельства, при которых он совершен. На необходимость учитывать указанные обстоятельства специально обратил внимание судов Верховный Суд РФ. Как отмечено в постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 17.03.2004 №2 (п. 53), в силу ч. 1 ст. 46 Конституции РФ, гарантирующей каждому судебную защиту его прав и свобод, и корреспондирующих с ней положений международноправовых актов, в частности ст. 8 Всеобщей декларации прав человека, ст. 6 Конвенции о защите прав человека и основных свобод, а также ст. 14 Международного пакта о гражданских и политических правах, государство обязано обеспечить осуществление права на судебную защиту, которая должна быть справедливой, компетентной, полной и эффективной.

С этой целью работодателю необходимо представить доказательства, свидетельствующие не только о том, что работник совершил дисциплинарный проступок, но и о том, что при наложении взыскания учитывались тяжесть этого проступка и обстоятельства, при которых он был совершен (ч. 5 ст. 192 ТК РФ), а также предшествующее поведение работника, его отношение к труду.

При наложении дисциплинарного взыскания работодателю также необходимо неукоснительно соблюдать порядок применения дисциплинарных взысканий, установленный ст. 193 ТК РФ.

До применения дисциплинарного взыскания за проступок работодатель должен получить от работника объяснение в письменной форме. Такое объяснение необходимо для выяснения всех обстоятельств совершения дисциплинарного проступка, его противоправности, а также степени вины работника, совершившего проступок. Однако непредставление работником письменного объяснения не является препятствием для применения взыскания. Если по истечении 2 рабочих дней указанное объяснение работником не представлено, то составляют соответствующий акт. В случае спора о правомерности применения дисциплинарного взыскания такой акт будет доказательством соблюдения работодателем правил привлечения к дисциплинарной ответственности.

Дисциплинарное взыскание может быть применено к работнику не позднее 1 мес со дня его обнаружения. Месячный срок для наложения дисциплинарного взыскания исчисляют со дня обнаружения проступка. Днем обнаружения проступка, с которого начинается течение месячного срока, считают день, когда работодателю стало известно о совершении проступка. В срок, установленный для применения взыскания, не засчитывают время, в течение которого работник отсутствовал на работе из-за болезни или в связи с нахождением в отпуске. При этом к отпуску, прерывающему течение месячного срока, относят все отпуска, предоставляемые работодателем в соответствии с законодательством, в том числе ежегодные (основные и дополнительные), отпуска в связи с обучением в учебных заведениях, отпуска без сохранения заработной платы.

Недопустимо применение дисциплинарного взыскания по истечении 1 мес со дня обнаружения проступка или по истечении 6 мес со дня его совершения. Если дисциплинарный проступок обнаружен в результате ревизии, проверки финансово-хозяйственной деятельности или аудиторской проверки, работодатель вправе применить к работнику дисциплинарное взыскание в течение 2 лет со дня совершения проступка. В указанные сроки не засчитывают время производства по уголовному делу.

За каждый проступок можно применить только одно дисциплинарное взыскание. Например, за прогул нельзя одновременно объявить работнику выговор и уволить с работы.

Применение дисциплинарного взыскания оформляют приказом (распоряжением) работодателя, который должен быть подписан работником. В приказе (распоряжении) указывают основание применения взыскания, т.е. конкретный дисциплинарный проступок, за совершение которого работник подвергнут дисциплинарному взысканию, и его вид (замечание, выговор и др.).

Приказ (распоряжение) о наложении взыскания объявляют работнику под расписку в течение 3 рабочих дней со дня его издания, не считая времени его отсутствия на работе. Если работник по тем или иным причинам отказывается ознакомиться с приказом (распоряжением) о применении к нему дисциплинарного взыскания под расписку, то составляют соответствующий акт.

Работник вправе обжаловать дисциплинарное взыскание в государственные инспекции труда или комиссии по трудовым спорам. Трудовой кодекс РФ не ограничивает срок для обращения с жалобой в государственную инспекцию труда.

В комиссию по трудовым спорам работник вправе подать жалобу в течение 3 мес со дня, когда он узнал или должен был узнать о нарушении своего права (ст. 386 ТК РФ).

При несогласии с вынесенным решением или в случае отсутствия в организации комиссии по трудовым спорам работник вправе обратиться в суд (ст. 390, 391 ТК РФ).
Срок для обращения в суд установлен 3 мес со дня, когда работник узнал или должен был узнать о нарушении своего права. При пропуске по уважительным причинам этот срок может быть восстановлен судом (ст. 392 ТК РФ).
Меры дисциплинарных взысканий, за исключением увольнения, носят временный характер.
Если в течение года со дня применения дисциплинарного взыскания работник не будет подвергнут новому взысканию, его считают не имеющим дисциплинарного взыскания (т.е. происходит погашение дисциплинарного взыскания) (ст. 194 ТК РФ).
Работодатель до истечения года со дня применения дисциплинарного взыскания имеет право снять его с работника по собственной инициативе, просьбе самого работника, ходатайству его непосредственного руководителя или представительного органа работников.
Применение взыскания за совершение дисциплинарного проступка — право, а не обязанность работодателя. Поэтому работодатель может, учитывая все обстоятельства дела, не налагать взыскание на работника, совершившего дисциплинарный проступок, а ограничиться беседой с ним или устным замечанием. Применяя дисциплинарное взыскание, необходимо строго соблюдать установленные для этого правила. Если при наложении дисциплинарного взыскания эти правила будут нарушены работодателем, орган, рассматривающий трудовой спор о правомерности наложения взыскания, может признать применение дисциплинарного взыскания неправомерным.

Билет № 11

1. Торфяное дубление трупа. Судебно-медицинское значение.
2. Клинико-морфологическая характеристика внутренних органов при механической асфиксии.
3. Уголовная ответственность за должностные преступления при осуществлении медицинской деятельности.

ОТВЕТ:

1. Поздние трупные явления делят на разрушающие (гниение) и консервирующие (мумификация, жировоск, торфяное дубление). Торфяное дубление наблюдается в трупах, длительно находящихся в торфяной почве, богатой гумусными кислотами. Под их влиянием кожа становится плотной и темно-коричневой, внутренние органы резко уменьшаются в объеме, а из костей вымываются минеральные соли. В результате кости становятся гибкими и легко рассекаются ножом. Микроскопическое строение кожи, сосудов, мышечной ткани и периферических нервов хорошо различимо.
2. При асфиксии любого происхождения, закончившейся смертью, обычно наблюдается ряд признаков, получивших название общеасфиктических, или признаков быстро наступившей смерти: • цианоз лица, нередко с экхимозами; • интенсивные разлитые темно-фиолетовые трупные пятна, часто с множественными внутрикожными кровоизлияниями (трупными экхимозами); • темный цвет крови; • жидкое состояние крови; • венозное полнокровие внутренних органов; • переполнение кровью правой половины сердца; • точечные кровоизлияния в конъюнктивах век, наиболее густо расположенные на переходных складках; •

мелкоочаговые кровоизлияния под висцеральной плеврой и эпикардом (пятна Тардье); • острое вздутие легких; • непроизвольные дефекация, мочеиспускание и семяизвержение. Большинство из этих признаков не являются специфическими для асфиксии, но их отсутствие позволяет исключить асфиксию как причину смерти. Другие — петехии и цианоз лица — характерны не для всех видов асфиксии. Так, при утоплении, задушении в полиэтиленовом пакете и пребывании в атмосфере, бедной кислородом, кровоизлияния часто отсутствуют. Петехии — результат разрывов венул — вызываются резким повышением венозного давления и наблюдаются преимущественно в оболочках, лишенных прочного соединительнотканного слоя — конъюнктивах, плевре и эпикарде, однако почти никогда не обнаруживаются в брюшине. По-видимому, попытки дыхания при закрытии дыхательных путей приводят к резкому уменьшению внутриплеврального давления, что способствует образованию субплевральных и субэпикардиальных кровоизлияний, а петехии под конъюнктивами и цианоз лица объясняются затруднением венозного оттока. Смерть при повешении наступает даже в тех случаях, когда тело касается опоры: в вертикальном положении с подогнутыми ногами, сидя, полулежа и лежа, когда петля затягивается под действием массы только головы. Однако в таких случаях полного перекрытия дыхательных путей может не произойти. На степень сужения просвета воздухоносных путей влияют сила давления петли, ее устройство и локализация на шее, а также возрастные и половые особенности гортани. При неполном закрытии просвета дыхательных путей увеличивается время умирания, наблюдаются более выраженные признаки нарушения кровообращения выше уровня сдавления шеи, и на первый план выходят иные танатогенетические механизмы. Наряду с последствиями нарушения или прекращения дыхания, значение в генезе смерти при сдавлении шеи могут иметь резкое повышение внутричерепного давления (из-за прекращения оттока крови по пережатым яремным венам), ишемия мозга (в результате сдавления сонных артерий) и механическое раздражение блуждающего, верхнегортанного, симпатического нервов, а также синокаротидного узла, которое нередко ведет к рефлекторной остановке сердца. Особенность танатогенеза при удавлении петлей и руками — сильное раздражение верхнегортанного нерва и синокаротидного узла, что может привести к смерти от первичной остановки сердца. В остальном генез смерти при удавлении петлей соответствует типичному течению механической асфиксии. Главный диагностический критерий повешения и удавления петлей — наличие странгуляционной борозды. Странгуляционной бороздой называется след, оставленный петлей на мягких тканях шеи — коже и мышцах. Контактное взаимодействие петли с шеей приводит к пластической деформации мягких тканей и органов, сужению или полному закрытию просвета дыхательных путей и сосудов. О повешении свидетельствуют признаки, указывающие на продольное растяжение шеи: поперечные разрывы интимы общих сонных артерий (признак Амюсса), кровоизлияния в адвентицию этих сосудов (признак Мартина) и в медиальные ножки грудино-ключичнососцевидных мышц. Выделяют и другие признаки повешения: кровотечение из носа, уха и рта, выпадение языка и ущемление его кончика между зубами, симптом Фриберга (локальная вакуолизация интимы сонных артерий), кровоизлияния в регионарные лимфоузлы, повреждения связок и межпозвоночных дисков шейного отдела позвоночника (кровоизлияния в межпозвонковые диски — симптом Симона), перелом зубовидного отростка II шейного позвонка, повреждения шейного отдела спинного мозга, кровоизлияния в заглазничную клетчатку, в корень и ткань языка, глотку. При длительном пребывании трупа в петле в вертикальном положении трупные пятна образуются в нижних конечностях и кистях. Если в процессе длительного пребывания трупа в петле развиваются активные гнилостные

процессы и мягкие ткани шеи подвергаются гнилостному разрушению, шея может значительно удлиниться (иногда до 20–30 см) — полный отрыв туловища наблюдается крайне редко. При повешении встречаются следующие виды переломов подъязычной кости и хрящей гортани: • двусторонние переломы больших рогов подъязычной кости в их дистальной трети, в редких случаях сочетающиеся с переломом ее тела; • переломы верхних рогов щитовидного хряща, реже переломы пластинок этого хряща; • в ряде случаев сочетанные, но односторонние повреждения подъязычной кости и щитовидного хряща; • полиморфные повреждения перстневидного хряща (полные переломы, надломы, единичные трещины). Сочетанные повреждения подъязычной кости, щитовидного и перстневидного хрящей встречаются в единичных наблюдениях. Повешение может быть прижизненным и посмертным (инсценировка самоубийства с целью сокрытия убийства). Кроме того, складки кожи на фоне трупных пятен, след от давления застегнутого ворота и т.д. могут создать ложную картину странгуляционной борозды. Отличить эти изменения от истинной странгуляционной борозды позволяет отсутствие признаков прижизненности. К признакам, указывающим на прижизненность повешения, относятся: • осаднение и внутрикожные кровоизлияния по ходу странгуляционной борозды; • кровоизлияния в подкожную клетчатку и мышцы шеи в проекции странгуляционной борозды; • кровоизлияния в ножки грудных мышц и в области надрывов интимы сонных артерий; • кровоизлияния в глотке, корне и в зоне ущемления ткани языка, ретробульбарной клетчатке, мышцах спины, межпозвонковых дисках, ножках диафрагмы, в регионарные лимфатические узлы; • кровоизлияния вокруг переломов костей и хрящей гортани; • анизокория; • отек подкожной клетчатки шеи выше уровня странгуляционной борозды; • кровотечение из носа, рта и ушей. При повешении в условиях ограниченного пространства возможно образование на различных частях тела ссадин, кровоподтеков, поверхностных ушибленных ран. Они возникают в агональном периоде, во время судорог от ударов о близко расположенные предметы. Если висящий в петле труп касается горячих предметов (трубы и батареи отопления), на теле могут возникать контактные ожоги, в том числе глубокие. При удавлении руками возникают следующие повреждения костей и хрящей гортани: • односторонние и двусторонние переломы больших рогов в местах соединения их с телом, в единичных случаях — тела подъязычной кости; • одно- или двусторонние переломы щитовидного хряща (встречаются практически все варианты повреждений хрящевой ткани: переломы, разрывы, трещины, надломы); • в единичных случаях неполные разрывы перстнещитовидных суставов; • трещины и переломы передней дуги, реже боковых отделов перстневидного хряща; • трещины, надломы и переломы одного или нескольких полуколец трахеи по одной, реже двум или трем линиям. При сдавлении шеи между предплечьем и плечом наружных повреждений на шее обычно не возникает, в то время как в подкожной клетчатке и мышцах шеи образуются обширные разлитые кровоизлияния. Жертва обычно оказывает сопротивление, что приводит к повторным попыткам удавления руками. В результате на шее образуются дополнительные повреждения, взаимное расположение которых принимает беспорядочный характер. Попытки подавить сопротивление выражаются в давлении на грудь, живот и конечности ногами нападающего. Последствием таких действий будут множественные кровоподтеки, иногда кровоизлияния и разрывы ткани печени, переломы ребер. В танатогенезе асфиксии от сдавления грудной клетки и живота, наряду с последствиями нарушения внешнего дыхания из-за ограничения дыхательных движений, значительная роль принадлежит резкому нарушению кровообращения, сущность которого сводится к затруднению оттока крови из легких и ее поступления в

большой круг кровообращения, а также к недостаточному поступлению крови из большого круга кровообращения в легкие. В результате они переполняются оксигенированной кровью. Легкие вздуты, тяжелы, переполнены кровью и отечной жидкостью, отдельные участки легочной ткани имеют ярко-красный цвет. Такая картина получила название карминового отека легких. Однако этот признак встречается редко и только при медленном сдавлении грудной клетки (например, в толпе). Застой в системе верхней полой вены приводит к переполнению кровью бассейна безымянных и яремных вен. Результатом является так называемая экхиматическая маска — резчайший цианоз лица и верхних отделов груди и множественные мелкие кровоизлияния в этих же областях. В скелетной мускулатуре головы, шеи и верхних отделах туловища могут наблюдаться массивные кровоизлияния. Типично их расположение в корне языка, голосовых связках, клетчатке орбит. Печень и почки резко застойны, черно-багрового цвета. Отмечается резкий цианоз глоточного кольца. Иногда наблюдается кровь в полости среднего уха и ячейках решетчатой кости. На коже груди и живота погибших от компрессионной асфиксии находят полосчатые кровоизлияния, повторяющие рельеф складок одежды, а также частицы песка, шлака, грунта и др. Часты переломы ребер и травмы мягких тканей. Не являясь признаками, подтверждающими происхождение смерти от сдавления груди и живота, эти изменения и наслоения указывают на факт сдавления и условия, при которых оно происходило. Танатогенез при закрытии дыхательных отверстий или дыхательных путей чаще всего соответствует классическому течению механической асфиксии от полного прекращения внешнего дыхания. При закрытии дыхательных отверстий руками на коже вокруг рта и носа беспорядочно расположены царапины, дугообразные и короткие полосовидные ссадины, небольшие круглые или овальные кровоподтеки. Слизистая оболочка губ может быть повреждена из-за сильного их придавливания к зубам. Если закрытие отверстий рта и носа производилось мягкими предметами (подушкой, одеялом, тканью одежды), повреждений на лице может вовсе не быть. Однако в полости рта, гортани и более глубоких отделах дыхательных путей обнаруживаются текстильные волоконца, пушинки, частицы птичьих перьев и др.

3. Должностное преступление — это умышленное или по неосторожности совершенное должностным лицом общественно опасное деяние (действие или бездействие), запрещенное УК РФ под угрозой наказания.

   Должностными лицами признают лиц, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющих функции представителя власти либо выполняющих организационно-распорядительные, административно-хозяйственные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях, государственных корпорациях, а также в Вооруженных Силах РФ, других войсках и воинских формированиях РФ (п. 1 примечаний к ст. 285 УК РФ).

   К исполняющим функции представителя власти в сфере здравоохранения следует относить лиц, наделенных правами и обязанностями по осуществлению функций органов исполнительной власти: Министерства здравоохранения РФ, Федеральных служб и агентств, департаментов и управлений здравоохранения и др.

   Под организационно-распорядительными функциями следует понимать полномочия должностного лица, которые связаны с управлением людьми: руководство трудовым коллективом государственного органа, государственного или муниципального учреждения (его структурного подразделения) или находящимися в их служебном подчинении отдельными работниками, формирование кадрового состава и определение трудовых функций работников, применение мер поощрения или награждения и т.п.

К организационно-распорядительным функциям также относят полномочия лиц по принятию решений, имеющих юридическое значение и влекущих определенные юридические последствия: выдача медицинским работником листка временной нетрудоспособности, установление работником учреждения медико-социальной экспертизы факта наличия у гражданина инвалидности и т.п.

Как административно-хозяйственные функции надлежит рассматривать полномочия должностного лица по управлению и распоряжению имуществом и (или) денежными средствами, находящимися на балансе и (или) банковских счетах организаций, учреждений, воинских частей и подразделений, а также по совершению иных действий (например, по принятию решений о начислении заработной платы, премий, осуществлению контроля за движением материальных ценностей, определению порядка их хранения, учета и контроля за их расходованием).

К должностным лицам в сфере здравоохранения относят: главных врачей государственных и муниципальных медицинских учреждений и их заместителей, руководителей их структурных подразделений, заведующих отделами, отделениями, аптеками, лабораториями, клиниками, кафедрами, главных (старших) медицинских сестер.

Зачастую медицинские работники могут сочетать как должностные, так и профессиональные обязанности. В связи с этим следует отметить, что ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей должностным лицом не образует должностного преступления. Например, причинение тяжкого вреда здоровью пациента в результате проведенной ненадлежащим образом хирургической операции главным врачом больницы следует квалифицировать как профессиональное, а не должностное преступление.

Не относят к должностным лицам медицинских работников, выполняющих исключительно профессиональные обязанности: постановку диагноза заболевания, проведение различного рода исследований в целях диагностики и лечения, проведение операций и т.п. Однако если они выполняют действия, влекущие за собой правовые последствия, т.е. практически исполняют организационно-распорядительные функции, то такие медицинские работники выступают в качестве должностных лиц. Например, врач выдает документы о временной нетрудоспособности, по поводу установления инвалидности, об освобождении от воинской обязанности, решает вопросы о госпитализации, принимает решения о подтверждении квалификации, прохождении аттестации и т.п.

При определении субъекта должностных преступлений следует отграничивать преступные действия должностных лиц от деяний лиц, выполняющих управленческие функции в коммерческой или иной организации, основная цель деятельности которых — извлечение прибыли, а также в некоммерческой организации, которая не является государственным органом, органом местного самоуправления, государственным или муниципальным учреждением, государственной корпорацией (постановление Пленума Верховного Суда РФ от 16.10.2009 №19).

Выполняющим управленческие функции в перечисленных организациях признают лицо, выполняющее функции единоличного исполнительного органа, члена совета директоров или иного коллегиального исполнительного органа, а также лицо, постоянно, временно либо по специальному полномочию выполняющее организационнораспорядительные или административно-хозяйственные функции в этих организациях (например, генеральный директор частной клиники, член правления акционерного общества и т.п.).

Когда указанные лица злоупотребляют полномочиями, получают незаконное вознаграждение, соответствующие преступные деяния квалифицируют по ст. 201

«Злоупотребление полномочиями» и ст. 204 «Коммерческий подкуп», которые входят в группу преступлений против интересов службы в коммерческих и иных организациях (глава 25 УК РФ).

Должностные преступления в сфере здравоохранения описаны в главе 30 УК РФ «Преступления против государственной власти, интересов государственной службы и службы в органах местного самоуправления».

Билет № 12

1. Понятие о новорожденности и доношенности.
2. Современное состояние проблемы профессиональных правонарушений медицинских работников.
3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя.

ОТВЕТ:

1. Необходимость в проведении судебно-медицинского исследования трупа младенца возникает во всех случаях, когда подозревается насилие:

• если труп младенца неизвестной матери обнаружен в неподходящих местах — выгребной яме, мусорном бачке, подвале, в лесу, извлечен из воды и т.д. (эти случаи наиболее часты и составляют более 60%); • если мать известна, но она не состояла на учете в женской консультации, ребенок родился мертвым или умер вскоре после рождения без присутствия медицинского персонала; • если есть жалобы на неправильное ведение родов в родильном доме при наличии на теле ребенка или матери повреждений.

Обязательному судебно-медицинскому исследованию подлежат трупы новорожденных с массой тела более 1000 г и длиной тела более 35 см при наличии постановления правоохранительных органов.

УК РФ последней редакции (1996) рассматривает убийство матерью своего новорожденного ребенка вовремя или сразу после родов, а также в условиях психотравмирующей ситуации, в качестве самостоятельного состава преступления (ст. 106). Детоубийство отличают от обычного убийства на основании представления, что нежелательная беременность и болезненный процесс родов способны вызвать у женщины так называемый послеродовой психоз, не исключающий вменяемости, но расценивающийся фактически как смягчающее обстоятельство. Поэтому следственные органы требуют от судебно-медицинских экспертов ответа на вопрос: является ли погибший младенец новорожденным?

Закон не содержит точного определения периода времени, в течение которого младенца следует считать новорожденным, однако по традиции этот период в судебной медицине определяется одними сутками. Этому можно найти следующие объяснения:

• продолжительность родов обычно составляет менее суток, к исходу которых психика женщины, согласно мнению психиатров, должна прийти в норму; • признаки, на основании которых устанавливают новорожденность, позволяют с наибольшей достоверностью устанавливать или исключать именно такой интервал. Установление новорожденности младенца не представляет особой сложности и производится по совокупности признаков недавних родов. К этим признакам относятся:

• неотделенная плацента; • обильное количество сыровидной смазки на голове и теле ребенка; • сочная, перламутрового вида пуповина; • наличие на теле крови при отсутствии повреждений; • родовая опухоль в месте предлежания; • отсутствие демаркационного кольца воспаления (которое может быть различимо макроскопически через 6–12 ч); • наличие большого количества мекония (больше 30 г); • недышавшие легкие (т.е. первичный ателектаз); • отсутствие воздуха в желудке или наличие его только в желудке.

В зависимости от срока гестации новорожденные подразделяются на рожденных в срок — доношенных, до срока — недоношенных, после срока — переношенных. Доношенность — это срок пребывания ребенка в утробе матери, равный 10 лунным месяцам.

Под гестационным возрастом понимают внутриутробный возраст ребенка с момента его зачатия.

По Ф.П. Гаазу, продолжительность внутриутробного развития плода определяют путем излечения квадратного корня из установленной длины тела, если она не превышает 25 см, а если длина тела большая — путем деления длины на 5.

Бальтазар и Дервье предложили определять возраст плода путем умножения установленной длины тела в сантиметрах на коэффициент 5,6. Этот метод приемлем во всех случаях, если внутриутробный возраст плода более трех месяцев.

Основные параметры физического развития в зависимости от гестационного возраста приведены в табл. 14, они включают количественные антропометрические показатели. Для определения периода гестации могут быть использованы также факт наличия и размеры ядер окостенения (ядро окостенения в пяточной кости появляется на V, в таранной — на VII лунном месяце, в головке плечевой кости — не ранее 8 мес внутриутробной жизни), но только в совокупности с другими признаками. Микроскопическое исследование мекония также выявляет признаки для определения срока внутриутробной жизни плода.

Внутриутробный возраст может быть установлен по массе сердца, поскольку выявлена динамика нарастания его массы в зависимости от периода гестации. Наиболее интенсивно масса сердца увеличивается во второй половине беременности. Этот метод может быть ценным дополнительным признаком при решении вопроса о периоде гестации.

Срок внутриутробной жизни с известной долей точности может быть установлен по длине окружности головки. Чтобы получить число лунных месяцев внутриутробной жизни, необходимо длину окружности головки (в см) разделить на 3,4.

При наличии неотделенного последа масса плаценты и длина пуповины могут помочь в решении этого вопроса. Средний вес плаценты к концу V лунного месяца — 180 г, VI — 275 г, VII — 375 г, VIII — 450 г, IX — 500 г. Длина пуповины на V месяце утробной жизни равна 35 см; нарастая каждый месяц на 3–4 см, она к концу беременности достигает 50 см. Вместе с тем стоит подчеркнуть, что полностью полагаться на приведенные цифровые данные нельзя, ибо они бывают подвержены значительным колебаниям.

Если обнаружен не весь труп, а только его часть, тогда по длине отдельных костей можно определить длину тела новорожденного, а по ней — внутриутробный возраст.

2. Любой врач должен иметь представление о той ответственности, которую он несет за невыполнение или ненадлежащее выполнение своих обязанностей.

Юридическая ответственность врача за профессиональные правонарушения включает уголовную, гражданско-правовую, материальную и дисциплинарную ответственность.

Уголовная ответственность врача наступает за преступления, предусмотренные Уголовным кодексом Российской Федерации (УК РФ).

УК РФ дает такое понятие преступления: «Преступлением признается виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное уголовным законом под угрозой наказания».

Общественно опасным признается такое деяние, которое причиняет или создает возможность причинения ущерба объектам, охраняемым уголовным законом. К числу таких объектов относится здоровье человека. Поэтому применительно к медицинским работникам их профессиональным преступлением будет деяние (действие или бездействие), которое причиняет вред здоровью граждан или создает возможность его причинения.

Не является преступлением действие (бездействие), формально содержащее признаки какого-либо деяния, предусмотренного Уголовным кодексом, но в силу малозначительности не обладающее общественной опасностью, т.е. не причинившее вреда здоровью и не создавшее угрозы причинения вреда личности, обществу или государству.

Закон предусматривает две формы вины при совершении преступления.

• Умышленное преступление может быть совершено с прямым или косвенным умыслом. О прямом умысле говорят в том случае, когда виновное лицо сознавало общественную опасность своих действий (бездействий), предвидело возможность или неизбежность наступления общественно-опасных последствий и желало их наступления. В профессиональной медицинской практике такие преступления крайне редки. Если виновное лицо сознавало общественную опасность своих действий (бездействий), предвидело возможность их наступления, не желало, но сознательно допускало их наступление или относилось к ним безразлично, речь идет об умышленном преступлении, совершенном с косвенным умыслом. • Неосторожное преступление может быть совершено по легкомыслию или

небрежности. В первом случае (преступное легкомыслие) виновное лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействий), но без достаточных к тому оснований рассчитывало на их предотвращение. Во втором случае (преступная небрежность) виновное лицо не предвидело возможности наступления таких последствий, однако должно было и могло их предвидеть. На практике преступная небрежность нередко связана с некомпетентностью врача, его безграмотностью.

Обстоятельства, исключающие уголовную ответственность, следующие.

Невиновное причинение вреда (ст. 28 УК РФ). Деяние признается совершенным невиновно (случайно), если совершившее его лицо не осознавало общественной опасности своего деяния, не предвидело его общественно опасных последствий и по обстоятельствам дела не должно было и не могло их предвидеть (несчастный случай в медицине).

Крайняя необходимость (ст. 39 УК РФ): «1) Не является преступлением причинение вреда охраняемым законом интересам в состоянии крайней необходимости, т.е. для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности, ...если эта опасность не могла быть устранена иными средствами и при этом не было допущено превышение пределов крайней необходимости. 2) Превышением пределов крайней необходимости признается причинение вреда, явно несоответствующего характеру и степени угрожавшей опасности и обстоятельствам, при которых опасность устранялась, когда указанным интересам был причинен вред, равный или более значительный, чем вред предотвращенный».

Обоснованный риск (ст. 41 УК РФ).

Любое действие или бездействие врача связано с риском для пациента. Даже профилактические мероприятия (например, вакцинация) могут приводить к

серьезным осложнениям. Согласно современному законодательству, причинение вреда не считается преступлением в случае, если риск был обоснован.

УК РФ, ст. 41, гласит:

«1. Не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели. 2. Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам. 3. Риск не признается обоснованным, если он заведомо был сопряжен с угрозой для жизни многих людей, с угрозой экологической катастрофы или общественного бедствия».

Критерии обоснованности риска для врачей следующие:

• при использовании рискованного метода наиболее вероятный исход лучше, чем при отказе от него; • пациент согласен на применение рискованных медицинских действий; • врач предвидит возможные осложнения применяемого метода и предпринимает меры для их предотвращения, своевременного выявления и лечения.

Профессиональные правонарушения медицинских работников систематизированы российским уголовным законодательством. Основные из них:

• преступления против жизни и здоровья; • преступления против здоровья населения и общественной нравственности; • экологические преступления; • преступления против государственной власти, интересов государственной службы и службы в органах местного самоуправления.

Преступления против жизни и здоровья. При выполнении своих профессиональных обязанностей медицинский работник может совершить умышленное (как правило, с косвенным умыслом) или неосторожное действие либо бездействие, последствиями которых могут быть вред здоровью или смерть пациента. В таких случаях ответственность наступает за убийство (ст. 105), причинение смерти по неосторожности (ст. 109), причинение умышленного (ст. 111, 112, 115) или по неосторожности (ст. 118) вреда здоровью.

Закон предусматривает ответственность за заражение венерической болезнью (ст. 121) и ВИЧ-инфекцией (ст. 122). В отношении медицинского работника может быть возбуждено уголовное дело, если заражение произошло вследствие ненадлежащего исполнения им своих профессиональных обязанностей. Примером может служить уголовное дело в отношении врачей г. Элисты, действия которых привели к заражению ВИЧ-инфекцией большой группы детей.

Ст. 123 УК РФ предусматривает наказание за незаконное производство аборта. По закону аборт может быть проведен только в учреждениях, имеющих лицензию на этот вид медицинской деятельности, врачами, имеющими специальную подготовку, т.е. акушерами или гинекологами, либо врачами, прошедшими соответствующую специализацию.

Наибольшее наказание может понести лицо, произведшее незаконный аборт, повлекший по неосторожности смерть потерпевшей или тяжкий вред ее здоровью: инвалидность, неизлечимую болезнь, бесплодие и др. Уголовная ответственность в таких случаях наступает только тогда, когда установлена прямая причинная связь между действиями лица, производившего аборт, и наступившими тяжкими последствиями.

Если смерть женщины наступила после того, как врач произвел аборт в антисанитарных условиях или в обстановке, не гарантирующей ликвидации тяжких последствий, его действия могут рассматриваться не только по ст. 123, но и по п. 2. ст. 105 как «убийство, т.е. прижизненное причинение смерти другому человеку, — ... 2) женщины, заведомо для виновных находящейся в состоянии беременности».

Такое преступление может быть совершено только с косвенным умыслом в отношении смерти беременной женщины, так как врач, хотя и не желал наступления опасных последствий своих действий, но должен был предвидеть возможность опасных последствий и сознательно допускал возможность их наступления. Действия врача, произведшего аборт в ненадлежащих условиях (даже в случае наступления тяжких последствий), будут уголовно ненаказуемы, если он действовал в условиях крайней необходимости, т.е. если он проводил операцию по жизненным показаниям.

Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным оказывать ее в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности средний или тяжкий вред здоровью либо смерть больного, наказывается по ст. 124 УК РФ. Неоказание помощи больному может выразиться в том, что медицинский работник в конкретных условиях не выполняет действий, направленных на спасение жизни, излечение или облегчение его страданий.

Законом предусматриваются следующие уважительные причины неоказания медицинской помощи:

• крайнее переутомление или болезнь медицинского работника, требующие постельного режима или изоляции (в случае заразного заболевания); • занятость лечением другого, не менее тяжело больного пациента; • отсутствие транспортных средств для выезда к далеко находящемуся больному; в последнем случае суд при определении вины всегда ставит перед экспертами вопрос: сохранялась ли возможность оказания эффективной медицинской помощи,

если врач добрался бы до пациента пешком? Время на дорогу суд определяет опытным путем.

Медицинские работники медико-социальных учреждений могут быть привлечены к уголовной ответственности за оставление в опасности людей, находящихся в этих учреждениях (ст. 125 УК РФ). Речь идет об оставлении без помощи лиц, находящихся в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенных возможности принять меры к самосохранению по малолетству, старости, болезни или беспомощности.

Ответственность наступает в том случае, если виновный был обязан оказывать помощь, имел возможность ее оказывать, однако своим бездействием поставил пострадавшего или беспомощного человека в опасное для жизни или здоровья состояние.

3. По общему правилу, сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть предоставлены другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента,

проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях только с письменного согласия гражданина или его законного представителя.

Исключение из общего правила составляют случаи, установленные ч. 4 ст. 13 Закона. Так, предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допустимо:

— в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю;

— при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

— по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и

осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;

— в целях осуществления уполномоченными федеральными органами исполнительной власти контроля за исполнением лицами, признанными больными наркоманией либо потребляющими наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо новые потенциально опасные психоактивные вещества, возложенной на них при назначении административного наказания судом обязанности пройти лечение от наркомании, диагностику, профилактические мероприятия и (или) медицинскую реабилитацию;

— в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему (не достигшему 15 лет, а больному наркоманией — 16 лет) для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;

— в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого есть достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий. Порядок информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых есть достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий, утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17.05.2012 №565н;

- в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;

- в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, а также несчастного случая с обучающимся во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность, и в соответствии с ч. 6 ст. 34.1 Федерального закона от 04.12.2007 №329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» несчастного случая с лицом, проходящим спортивную подготовку и не состоящим в трудовых отношениях с физкультурно-спортивной организацией, не осуществляющей спортивной подготовки и являющейся заказчиком услуг по спортивной подготовке, во время прохождения таким лицом спортивной подготовки в организации, осуществляющей спортивную подготовку, в том числе во время его участия в спортивных соревнованиях, предусмотренных реализуемыми программами спортивной подготовки;

- при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства РФ о персональных данных;

- в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;

- в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Билет № 13

1. Судебно-медицинская характеристика повреждений, образующихся при падении с высоты.
2. Признаки пребывания трупа в воде.
3. Административная ответственность медицинских работников и медицинских организаций.

ОТВЕТ:

1. Под травмой от падения с высоты понимают процесс последовательного механического воздействия на тело падающего человека предметов, находящихся на пути его полета и в месте приземления. Повреждающим является предмет, на поверхность которого падает тело. Высота падения может варьировать: от высоты роста человека до нескольких десятков (падения из окон и с крыш зданий, производственных конструкций, горных скал и др.) или сотен метров (в последнем случае речь чаще всего идет о падениях из летательных аппаратов, в том числе с нераскрывшимся парашютом). При беспрепятственном падении основные повреждения на теле человека возникают от однократного ударного воздействия. Характер этих повреждений определяется размерами, рельефом и твердостью поверхности падения. По размерам эта поверхность в подавляющем большинстве случаев неограниченна. Гораздо реже встречаются падения на отдельно стоящие крупногабаритные предметы, область воздействия которых ограничивается поверхностями, прилегающими к краям или углам этого предмета. Рельеф травмирующей поверхности может быть относительно ровным (асфальтовое покрытие, бетонные плиты и т.п.) или неровным за счет выбоин или находящихся на поверхности мелких предметов (отдельные камни, гравий, щебень и т.п.). Поверхность может быть твердой (асфальт, бетон) или относительно мягкой (песок, грунт, дерн и др.). При ступенчатом падении тело встречает при своем движении выступающие предметы с ограниченной травмирующей поверхностью (ступени, балконы, козырьки, навесы, карнизы и др.). Ступенчатым характером отличаются падения в ограниченном пространстве (например, в шахты, лестничные пролеты), а также падения по неровным наклонным поверхностям: ступеням эскалаторов, крутым горным склонам и т.д. Нередко при обрушении каких-либо сооружений или их отдельных конструкций вместе с телом человека падают различные предметы (так называемое несвободное падение), которые могут причинять ему повреждения как вовремя движении, так и после падения тела на грунт. При прямом свободном падении с высоты образуются множественные повреждения, которые имеют следующую типичную совокупность признаков (независимо от места приложения силы): • незначительность или отсутствие наружных повреждений; • преобладание объема повреждений внутренних органов и переломов костей над наружными; • односторонняя локализация наружных повреждений. Наличие ушибленных ран в противоположных областях (например, в затылочной и лобной) исключает падение. Против падения с высоты говорит также наличие на голове нескольких ран, особенно расположенных параллельно, что может свидетельствовать о возможном нанесении их посторонней рукой до падения или сбрасывания тела; • наличие переломов вдали от места приложения силы (так называемые дистантные переломы, вколоченные переломы метафизов длинных трубчатых костей нижних конечностей, компрессионные переломы тел позвонков, кольцевидные переломы основания черепа и др.); • наличие признаков общего сотрясения тела (кровоизлияния в прикорневую зону легких, парааортальную клетчатку, брыжейку тонкой кишки, связочный аппарат печени, ворота почек и селезенки и др., а также разрывы полых и паренхиматозных органов, бронхов, сосудов, отрывы легких, селезенки). Чем больше высота падения,

тем выраженнее признаки общего сотрясении тела. Разрывы полых органов обычно наблюдаются при их наполнении вследствие гидродинамического действия (так, разрыв сердца наблюдается, если удар произошел во время диастолы). Разрывы легких и сердца могут причиняться также отломками ребер и грудины. Террасовидные, дырчатые и небольшие вдавленные переломы свода черепа при целости его основания не характерны для беспрепятственного падения с высоты. Однако необходимо исключать возможность их образования от удара головой о выступающие предметы при падении. Следует осматривать подобные части здания для выявления на них крови, волос, частиц органов и тканей, обрывков одежды и др. Место приложения силы при ударе о грунт связано с траекторией падения и зависит от высоты падения, исходной позы пострадавшего, а также от того, придавалось ли телу предварительное ускорение (самостоятельное отталкивание от опоры, посторонний толчок выше или ниже центра тяжести тела и т.п.). В случаях координированного падения тело человека в процессе полета группируется и в результате приземляется одновременно несколькими зонами — руками и коленями, туловищем и головой и т.д. Это доказывает, что пострадавший во время падения был жив и в сознании. В зависимости от состояния человека (например, алкогольное опьянение, бессознательное состояние) падение может иметь некоординированный характер. Совокупности повреждений при координированном и беспорядочном падениях различаются. В процессе падения человека выделяют следующие фазы. 1. Поворот тела относительно точки опоры (потеря равновесия; в эту фазу следы не образуются). 2. Скольжение тела по поверхности, где оно находилось (могут возникнуть следы трения на подошвенной поверхности обуви). 3. Отрыв тела от поверхности и поворот вокруг центра тяжести (в эту фазу повреждения тоже не образуются). 4. Полет тела (при ступенчатом и несвободном падении возникает группа повреждений). 5. Приземление тела (в эту фазу обычно образуется группа наиболее тяжелых повреждений). 6. Движение тела после приземления по инерции вперед, назад и в стороны (на этом этапе возникает еще одна группа повреждений). В зависимости от обстоятельств некоторые фазы могут отсутствовать. По расположению местных первичных повреждений можно восстановить положение тела в момент приземления. Если тело в процессе полета находится в вертикальном положении, то к поверхности приземления оно может быть обращено стопами, коленями, ягодицами, головой. В случае горизонтального положения тела во время приземления тело может упасть на переднюю, заднюю или одну из боковых поверхностей. При падении на стопы образуется ряд характерных повреждений: • кровоизлияния на подошвенной поверхности, занимающие всю поверхность подошвы, иногда переходящие на ее тыльную поверхность и на голеностопный сустав; • рвано-ушибленные (за счет смещения отломков костей) раны на подошвах; • многооскольчатые переломы пяточных и таранных костей; • переломы костей голени и бедер со смещением костных отломков по длине, иногда с внедрением одного отломка в другой; • разрывы сочленений таза (лонного и крестцово-подвздошных); • непрямые компрессионные и сагиттальные переломы тел позвонков; • переломы наименее подвижных ребер (I и II у мест их прикрепления к грудине — XI– XII); • кольцевидный перелом основания черепа вокруг большого затылочного отверстия и ушиб основания мозга вследствие действия позвоночника на череп; • при падении на ноги выражены повреждения крупных сосудов — разрывы оболочек, кровоизлияния в околососудистую клетчатку. При падении на стопы и последующем ударе передней поверхностью туловища наблюдаются ушибленные раны, ссадины, кровоподтеки лица и груди, переломы костей лицевого скелета, ушибы и переломы гортани, непрямые переломы ребер по передней поверхности, ключиц, разрывы сердца,

паренхиматозных органов брюшной полости, переломы костей предплечья. Если вслед за падением на ноги имел место последующий удар о грунт задней поверхностью туловища, то возникают множественные прямые переломы ребер на задней поверхности грудной клетки, повреждения органов брюшной полости, а также сочетанные переломы позвоночника, лопаток и костей таза. При ударе боковой поверхностью туловища повреждения органов и костей в большей степени выражены на стороне удара. Приземление на колени отличается наличием наружных повреждений в области коленных суставов, оскольчатых переломов надколенника, У-образных переломов мыщелков бедренной кости, а также отсутствием повреждений голеней и стоп или их локализацией в области пальцев. Перемещение тела назад при приземлении на колени невозможно. При приземлении на ягодицы обнаруживается еще меньше отдаленных повреждений, в частности отсутствуют переломы костей голеней и бедер. Имеются массивные кровоизлияния в ткани ягодиц, размозжение мышц, множественные переломы костей таза, причиненные отломками рваные раны промежности и разрывы тазовых органов. При падении на ягодицы тело может перемещаться либо назад, либо в сторону. Для падения на голову типичны: • наибольший объем повреждений — на голове и ладонных поверхностях рук; • ушибленные раны головы с обширными кровоизлияниями в мягкие ткани, нередко с их разрывом или размозжением; • многооскольчатые переломы свода и основания черепа, причем костные отломки частично выступают из раны наружу, частично внедрены в разрушенное мозговое вещество; • открытые переломы нижней челюсти и многооскольчатые переломы верхней челюсти; • переломы шейных позвонков, разрывы связок между ними, частичный или полный перерыв спинного мозга по механизмам компрессии, резкого сгибания или переразгибания позвоночника; • переломы ребер и рукоятки грудины вследствие инерции движения туловища при встрече с преградой; • разрывы крестцово-подвздошных связок; • признаки сотрясения тела выражены меньше, чем при приземлении на ноги, преобладают кровоизлияния в прикорневой зоне легких, разрывы печени и кровоизлияния в ее связки. При падении на туловище особенно выражено несоответствие между степенью выраженности наружных и внутренних повреждений. При относительно небольших наружных повреждениях в виде ссадин и кровоподтеков отмечаются множественные разрывы внутренних органов, переломы костей, массивные кровоизлияния. Иногда при обширных разрушениях внутренних органов повреждения на коже отсутствуют. Это объясняется значительной прочностью кожи на разрыв. При свободном беспрепятственном падении: • на боковую поверхность туловища образуются прямые переломы ребер на стороне падения и непрямые — на противоположной стороне; • на спину — оскольчатые переломы лопаток, остистых отростков позвонков и множественные прямые переломы ребер по околопозвоночным и лопаточным линиям, а также разрывы лонного сочленения; • на переднюю поверхность тела — косопоперечные или оскольчатые переломы грудины, множественные двусторонние переломы ребер по окологрудинной или среднеключичной линии, повреждения лицевого скелета, переломы коленных чашечек, вколоченные переломы дистальных метафизов лучевых костей. Ключицы могут повреждаться от удара областью плечевого сустава. В момент соударения в результате прямого воздействия силы образуются переломы костей таза, нередко оскольчатые. Объем повреждений тканей головы при прямом свободном падении с большой высоты зависит от варианта приземления (для падения навзничь характерны наибольшие размеры внутричерепных повреждений), кинетической энергии головы в момент столкновения с поверхностью (высоты падения) и от жесткости поверхности соударения. Повреждения, образующиеся при ступенчатом и несвободном

падениях, имеют некоторые отличительные черты. При сохранении всех остальных признаков повреждения от падения с высоты (множественность, отдаленные переломы, преобладание объема внутренних повреждений и признаков общего сотрясения тела) характеризуются разносторонней локализацией и могут располагаться на противоположных поверхностях тела. Если при беспрепятственном свободном падении повреждения образуются от тупого ударного воздействия, то при ступенчатом и несвободном падении могут возникать также рваные, колотые, резаные и колото-резаные раны. При свободном ступенчатом падении дополнительно к указанным обнаруживаются повреждения от действия предметов с ограниченной ударяющей поверхностью, эксцентрического воздействия (рваные, рвано-ушибленные раны), трения, воздействия предметов, материал, покрытие или поверхностные загрязнения на которых будут отличаться от таковых на поверхности падения. Наличие препятствий на траектории падения должно быть подтверждено осмотром места конкретного падения и наличием на них следов контакта с телом или одеждой погибшего человека. Объем повреждений от ударного или скользящего контакта с препятствиями на траектории падения всегда будет меньше объема повреждений от удара о поверхность падения. При несвободном падении вместе с другими обрушивающимися предметами на теле человека могут образовываться дополнительные поверхностные повреждения от первичного трения об элементы разрушающихся конструкций. В совместном полете из-за совпадающих или близких скоростей падающих предметов повреждения, как правило, не образуются. Если предметы достигают поверхности падения раньше и создают дополнительный неровный фон поверхности соударения, то могут возникать повреждения от действия предметов с ограниченной травмирующей поверхностью; при осмотре места происшествия их следует обязательно обнаружить, так как в противном случае потребуется исключение возможности возникновения указанных повреждений до падения, например, в результате криминальных действий. Если предметы достигают поверхности падения уже после того, как на нее упало тело пострадавшего, то образуются повреждения на стороне тела, противоположной поверхности соударения с грунтом. При большой массе обрушивающихся предметов, кроме ударного действия, они могут придавливать упавшего человека и причинять дополнительные повреждения от сдавления. Такая возможность, так же как и факт обрушения конструкций, должны быть подтверждены материалами дела (допросами свидетелей, результатами осмотра места происшествия). При падении человека с высоты собственного роста говорят о падении на плоскости. При этом наиболее тяжелым повреждением оказывается черепно-мозговая травма. По месту приложения силы обычно возникают ссадины, кровоподтеки, ушибленные раны, переломы лицевого или мозгового черепа. Линии переломов соответствуют направлению падения. О падении на плоскости свидетельствует также наличие поверхностных повреждений на локтях (падение навзничь) или коленях и ладонях (падение вперед). Наиболее типичны для падения с высоты роста на горизонтальную поверхность следующие признаки: • кровоподтеки и кровоизлияния в мягкие ткани без ушибленных ран; • наличие только линейных переломов свода и основания черепа; • наличие всего спектра внутричерепных повреждений в различных комбинациях друг с другом; • более частая встречаемость и большая выраженность травматических субдуральных гематом, субарахноидальных кровоизлияний и ушибов головного мозга в противоударных зонах. При падении на лоб или затылок на основании и полюсах лобных и височных долей образуются ушибы коры головного мозга — очаги геморрагического размягчения, окруженные множественными точечными кровоизлияниями. При падении на височную область очаги ушибов коры чаще

локализуются на боковой поверхности противоположной височной доли и реже — в коре височной доли по месту приложения силы. Падение на заднебоковую поверхность головы (левая или правая половина затылочной области) чаще всего приводит к образованию ушибов коры на основании и полюсах лобной и височной долей противоположного полушария мозга. Ранее считали, что при придании телу предварительного ускорения, например, толчке в грудь или ударе в лицо, и последующем падении навзничь место приложения силы будет располагаться выше затылочного бугра, на границе с теменными областями. По современным данным, сообщение голове и туловищу дополнительной кинетической энергии при ударе не сопровождается запрокидыванием головы в момент контакта с поверхностью и не приводит к смещению места приложения силы. Смещение места приложения силы кверху от наружного затылочного бугра, наблюдаемое в некоторых случаях, зависит от высоты падения. Дополнительной кинетической энергии, сообщаемой рукой нападающего телу падающего человека, недостаточно и для существенного увеличения размеров субарахноидальных кровоизлияний и контузионных очагов. Единственным основанием для заключения об имевшем место ударе могут быть его следы на лице в виде ссадин, кровоподтеков, ушибленных ран, переломов нижней челюсти или скуловой кости. Однако эти признаки непостоянны. Характерный признак падения на лестничном марше — поперечно расположенные по отношению к продольной оси тела загрязнения на одежде, полосовидные ссадины и кровоподтеки вследствие контакта со ступенями. На нижних конечностях их наблюдают при падении с нижнего участка лестничного марша, на туловище и нижних конечностях — со среднего, на голове и на других нижележащих отделах тела — с верхних ступеней лестничного марша. Локализация загрязнений и микроналожений пылевых частиц, ссадин, ушибленных ран, кровоизлияний, локальных переломов и других костей позволяет определить, на какую сторону тела произошло падение.

2. Различают признаки пребывания трупа в воде: набухание, сморщивание, мацерация и последующее отторжение эпидермиса. Мацерация — особый вид аутолиза, наступающий при недостатке кислорода и избытке жидкости в окружающей среде. Она развивается не только в случае нахождения трупа в воде, — достаточно его пребывания в условиях влажной среды: на влажной почве, в сыром подвале и т.п. Время и степень мацерации зависят от температуры воды и возраста пострадавшего: чем старше человек, тем быстрее она развивается. При 18–20 °С уже через 3 ч отмечается начало мацерации в виде побеления и разрыхления эпидермиса кожи пальцев. На 3–5-й день происходит значительное набухание эпидермиса всей ладонной поверхности кисти — под ним образуются наполненные жидкостью пузыри. На 6–8-й день изменения захватывают подошвенные поверхности стоп (обувь задерживает диффузию воды в ткани). На 2–3-й нед мацерированный эпидермис кистей и стоп отделяется вместе с ногтями. На 30–40-й день он начинает отделяться и на других участках. В процессе гнилостных изменений трупа происходит отделение волос — голова трупа приобретает вид бритой, хотя при рассматривании поверхности ее с помощью лупы выявляются точечные углубления — следы волосяных фолликулов. С 10–20-го дня волосы легко выдергиваются, заканчивается их выпадение обычно к 4–6-й нед (летом). Частичное или полное выпадение волос может повлечь ошибку в ориентировочном определении возраста неизвестного лица. Когда труп находится на достаточной глубине, гниение протекает почти равномерно, но как только труп поднимается на поверхность, процесс гниения усиливается и утрачивает равномерность. В большей мере изменяются мягкие ткани лица — они резко вздуваются, становятся зелеными, в то время как другие части тела могут быть мало тронуты гниением. В дальнейшем резко вздувается все тело. Процесс гниения в проточной воде идет медленнее, чем в непроточной. При

попадании трупа на дно водоема с большой глубиной, где температура воды +4 °С и значительно давление столба воды, процесс гниения может не развиться в течение многих месяцев. Гнилостные газы, образующиеся и скапливающиеся в полостях и тканях, выталкивают труп на поверхность воды, что при температуре воды около 17–19 °С бывает на 7–10-й день, в холодной воде — через 2–3 нед. Однако нужно помнить, что задержать труп под водой могут всякие препятствия. Поэтому при неожиданном появлении значительно загнившего трупа в ограниченных по объему водоемах необходимо обследовать их для обнаружения предметов, удерживавших труп. На трупе, извлеченном из воды, могут обнаружиться различные повреждения. Они могут быть прижизненными и полученными до попадания тела в воду, могут возникнуть в воде — при прыжках, нырянии и ударах о дно или различные предметы, находящиеся в воде (например, перелом шейного отдела позвоночника в результате удара головой о дно при прыжках в воду). В таких случаях суждение о травме как о причине смерти возможно только при наличии признаков прижизненности повреждений и отсутствии признаков смерти от утопления. Однако уже при относительно небольшом времени пребывания трупа в воде (4– 5 сут) признаки прижизненности могут быть утрачены, что делает невозможным категорический вывод о смерти, наступившей от травмы. Причины, приводящие к возникновению посмертных повреждений в воде, разнообразны: • удары о грунт, детали водных сооружений и находящиеся в водоеме случайные предметы; • удары вращающимися винтами, подводными крыльями и другими элементами конструкций судов; • травма баграми и другими средствами, применяемыми при поисках и извлечении трупа из воды; • повреждения трупа водной фауной (рыбы, раки, водные насекомые и др.). Иногда повреждения причиняют после извлечения тела из воды в результате неумелого оказания медицинской помощи. Поэтому на месте происшествия необходимо уточнить вопрос о том, в каком положении был обнаружен труп, каким способом он транспортировался к берегу и извлекался из воды, оказывалась ли потерпевшему медицинская помощь — кем и каким образом.

3. I.Административные правонарушения, посягающие на здоровье, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и общественную нравственность

   Незаконное занятие народной медициной (ст. 6.2 КоАП РФ)

   Указанная статья содержит состав правонарушения, объект которого — здоровье граждан, их долголетняя активная жизнь, установленный порядок занятия народной медициной. В соответствии со ст. 50 ФЗ №323 народной медициной признают методы оздоровления, утвердившиеся в народном опыте, в основе которых лежит использование знаний, умений и практических навыков по оценке и восстановлению здоровья. К народной медицине не относят оказание услуг оккультно-магического характера, а также совершение религиозных обрядов.

   Право на занятие народной медициной имеет гражданин, получивший разрешение, выданное органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья, решение о выдаче которого принимают на основании заявления гражданина и представления медицинской профессиональной некоммерческой организации либо заявления гражданина и совместного представления медицинской профессиональной некоммерческой организации и медицинской организации. Разрешение дает право на занятие народной медициной на территории субъекта РФ, органом исполнительной власти которого выдано такое разрешение.

   Таким образом, незаконность рассматриваемого правонарушения состоит в действиях, нарушающих установленный законом порядок занятия народной медициной, т.е. занятие народной медициной без получения разрешения, установленного законом.

   Единственный вид административного наказания в данной статье — административный штраф.

Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (ст. 6.3 КоАП РФ)

Объект рассматриваемого административного правонарушения — санитарно-эпидемиологическое благополучие населения, т.е. состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечены благоприятные условия его жизнедеятельности. Данная норма является общей и направлена на обеспечение охраны здоровья населения и среды обитания человека во многих сферах его жизнедеятельности.

Виды применяемых административных наказаний — предупреждение, административный штраф, административное приостановление деятельности на срок до 90 сут.

Нарушение законодательства Российской Федерации в области генно-инженерной деятельности (ст. 6.3.1. КоАП РФ)

Отношения в сфере природопользования, охраны окружающей среды, обеспечения экологической безопасности и охраны здоровья человека, возникающие при осуществлении генно-инженерной деятельности, регулирует Федеральный закон от 05.07.1996 №86-ФЗ «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности».

Нарушение законодательства в области генно-инженерной деятельности может состоять в использовании генно-инженерно-модифицированных организмов и (или) продукции, полученной с применением таких организмов или содержащей такие организмы, которые

Глава 2. Административная и дисциплинарная ответственность медицинских организаций. 137 не прошли государственную регистрацию или срок действия свидетельства о государственной регистрации истек, либо в использовании генно-инженерно-модифицированных организмов не в соответствии с целями, для которых они зарегистрированы, либо в нарушении специальных условий использования генно-инженерно-модифицированных организмов, в том числе при производстве конкретного вида продукции. Указанные нарушения влекут наложение административного штрафа на должностных и юридических лиц.

Нарушение правил оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров либо хранения, учета, реализации, перевозки, приобретения, использования, ввоза, вывоза или уничтожения растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, и их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры (ст. 6.16. КоАП РФ)

Данное правонарушение состоит в том, что виновный нарушает требования Федерального закона от 08.01.1998 №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» и других нормативных актов, определяющих оборот наркотических средств, психотропных веществ. Безусловно, в медицинских организациях осуществляют хранение, учет, выдачу указанных средств, которые регламентированы множеством нормативно-правовых актов, несоблюдение которых может составлять объективную сторону данного правонарушения. Субъект данного административного правонарушения — только юридические лица, к которым применяют административный штраф, приостановление деятельности на срок до 90 сут с применением дополнительного вида административного наказания в виде конфискации прекурсоров наркотических средств или психотропных веществ.

Нарушение установленных правил в сфере обращения медицинских изделий (ст. 6.28 КоАП РФ)

Общие требования к обращению медицинских изделий определены ст. 38 ФЗ №323, в соответствии с которой обращение медицинских изделий включает технические

испытания, токсикологические исследования, клинические испытания, экспертизу качества, эффективности и безопасности медицинских изделий, их государственную регистрацию, производство, изготовление, ввоз на территорию РФ, вывоз с территории РФ, подтверждение соответствия, государственный контроль, хранение, транспортировку, реализацию, монтаж, наладку, применение, эксплуатацию, в том числе техническое обслуживание, предусмотренное нормативной, технической и (или) эксплуатационной документацией производителя (изготовителя), а также ремонт, утилизацию или уничтожение.

Помимо норм ФЗ №323, обращение медицинских изделий и государственный контроль в этой сфере регулируется рядом подзаконных нормативно-правовых актов: постановлением Правительства РФ от 27.12.2012 №1416 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий»; постановлением Правительства РФ от 25.09.2012 №970 «Об утверждении Положения о государственном контроле за обращением медицинских изделий»; приказом Минздрава России от 14.09.2012 №175н «Об утверждении Порядка осуществления мониторинга безопасности медицинских изделий»; приказом Минздрава России от 15.06.2012 №7н «Об утверждении Порядка ввоза на территорию Российской Федерации медицинских изделий в целях государственной регистрации» и т.д. Нарушение установленных правил влечет наложение административного штрафа.

Учитывая важность применения и использования качественных, эффективных и безопасных медицинских изделий, в Российской Федерации была впервые введена административная ответственность за обращение фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и оборот фальсифицированных биологически активных добавок (ст. 6.33 КоАП РФ).

С введением данной статьи в ФЗ №323, в Федеральный закон от 12.04.2010 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» и Федеральный закон от 02.01.2000 №29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов» были внесены изменения, устанавливающие определения фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок.

В частности, в соответствии со ст. 38 ФЗ №323:

— фальсифицированное медицинское изделие — медицинское изделие, сопровождаемое ложной информацией о его характеристиках и (или) производителе (изготовителе);

— недоброкачественное медицинское изделие — медицинское изделие, не соответствующее требованиям нормативной, технической и (или) эксплуатационной документации производителя (изготовителя) либо иной нормативной документации;

— контрафактное медицинское изделие — медицинское изделие, находящееся в обороте с нарушением гражданского законодательства.

Существующая система государственного контроля позволяет на каждой из стадий обращения устанавливать несоответствия качества, эффективности и безопасности медицинских изделий, лекарственных средств,

а также выявлять и изымать из обращения незарегистрированные и недоброкачественные медицинские изделия.

Составление протокола об административном правонарушении и рассмотрение дел в данной сфере отнесено к полномочиям федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения, его территориальных органов (федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения) (ст. 23.81 КоАП РФ). Применяемые виды административных наказаний: штраф и приостановление деятельности.

Невыполнение обязанностей о представлении информации о конфликте интересов при осуществлении медицинской и фармацевтической деятельности (ст. 6.29).
Понятие конфликта интересов и осуществление мер по его урегулированию закреплено ст. 74, 75 ФЗ №323, что было рассмотрено в предыдущей главе учебника.
Непредставление медицинским работником информации о возникновении конфликта интересов руководителю медицинской организации, в которой он работает, либо фармацевтическим работником информации о возникновении конфликта интересов руководителю аптечной организации, в которой он работает, составляет объективную сторону данного правонарушения и влечет, в зависимости от квалифицирующих признаков, наложение административного штрафа либо дисквалификацию на срок до 6 мес.
Невыполнение обязанностей об информировании граждан о получении медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ст. 6.30).
Пункт 3 ч. 1 ст. 79 ФЗ №323 к числу обязанностей медицинской организации относит информирование граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утверждает сроком на 3 года (на очередной финансовый год и на плановый период) Правительство РФ, которое ежегодно рассматривает представляемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти доклад о ее реализации.
Невыполнение медицинской организацией обязанности об информировании граждан о возможности получения бесплатной медицинской помощи в рамках вышеуказанных программ, а также о порядке, объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи влечет наложение административного штрафа на должностных лиц медицинской организации.
Нарушение законодательства о донорстве крови и ее компонентов (ст. 6.31 КоАП РФ)
Правовые основы донорства крови и ее компонентов в Российской Федерации установлены Федеральным законом от 20.07.2012 №125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов».
Неправомерные действия по ч. 1 ст. 6.31 КоАП РФ могут выражаться, например, в несоблюдении тех или иных требований безопасности технического регламента о требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии, установленных постановлением Правительства РФ от 26.01.2010 №29 «Об утверждении технического регламента о требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии».
Объективная сторона по ч. 2 указанной статьи выражается как в бездействии — несообщении информации о реакциях и об осложнениях, возникших у реципиентов в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов, субъектами обращения донорской крови и (или) ее компонентов, осуществляющими их клиническое использование, так и в действии — сокрытии указанной информации. Данная обязанность возложена на субъекты обращения донорской крови и (или) ее компонентов ч. 4 ст. 16 Федерального закона «О донорстве крови и ее компонентов». Порядок представления такой информации регламентирован

приказом Минздрава России от 03.06.2013 №348н «О порядке представления информации о реакциях и об осложнениях, возникших у реципиентов в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов, в федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по организации деятельности службы крови».

За перечисленные неправомерные действия (бездействие) наступает наказание в виде административного штрафа или административное приостановление деятельности на срок до 90 сут.

Нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья при проведении искусственного прерывания беременности (ст. 6.32. КоАП РФ)

Общий порядок искусственного прерывания беременности определен ст. 56 ФЗ №323. В частности, искусственное прерывание беременности проводят по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия. Нарушение данного требования составляет объективную сторону ч. 1 ст. 6.32 КоАП РФ.

Федеральным законом №323 установлены сроки искусственного прерывания беременности, за несоблюдение которых административное наказание установлено ч. 2 рассматриваемой статьи КоАП РФ.

Так, искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводят при сроке беременности до 12 нед.

Новеллой законодательства можно считать установление обязательного «периода ожидания» перед проведением прерывания беременности. В частности, искусственное прерывание беременности проводят:

— не ранее 48 ч с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности:

■ при сроке беременности 4—7 нед;

■ при сроке беременности 11—12 нед, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;

— не ранее 7 дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности 8-10 нед.

По социальным показаниям искусственное прерывание беременности проводят при сроке беременности до 22 нед, а при наличии медицинских показаний — независимо от срока беременности. В соответствии с постановлением Правительства РФ от 06.02.2012 №98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности» единственное социальное показание — наступление беременности в результате изнасилования. Медицинские показания для прерывания беременности определены приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 03.12.2007 №736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

Применяемое административное наказание по рассмотренной статье — административный штраф.

II. Административные правонарушения в области связи и информации

Нарушение законодательства Российской Федерации в области персональных данных (ст. 13.11 КоАП РФ)

Защита персональных данных пациента в медицинской организации обеспечена Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», в соответствии с которым персональные данные — это любая информация, относящаяся к прямо или косвенно к определенному или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных).

Незаконными действиями, совершение которых составляет объективную сторону ст. 13.11 КоАП РФ, могут быть:

— обработка персональных данных в случаях, не предусмотренных законодательством Российской Федерации в области персональных данных, либо обработка персональных данных, несовместимая с целями сбора персональных данных;
— обработка персональных данных без согласия в письменной форме субъекта персональных данных на обработку его персональных данных либо обработка персональных данных с нарушением требований к составу сведений, включаемых в согласие в письменной форме субъекта персональных данных на обработку его персональных данных;
— невыполнение оператором обязанности по опубликованию или обеспечению иным образом неограниченного доступа к документу, определяющему политику оператора в отношении обработки персональных данных, или сведениям о реализуемых требованиях к защите персональных данных;
— невыполнение оператором обязанности по предоставлению субъекту персональных данных информации, касающейся обработки его персональных данных;
— невыполнение оператором требования субъекта персональных данных или его представителя либо уполномоченного органа по защите прав субъектов персональных данных об уточнении персональных данных, их блокировании или уничтожении в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки;
— невыполнение оператором при обработке персональных данных без использования средств автоматизации обязанности по соблюдению условий, обеспечивающих сохранность персональных данных при хранении материальных носителей персональных данных и исключающих несанкционированный к ним доступ, если это повлекло неправомерный или случайный доступ к персональным данным, их уничтожение, изменение, блокирование, копирование, предоставление, распространение либо иные неправомерные действия в отношении персональных данных;
— невыполнение оператором, являющимся государственным или муниципальным органом, обязанности по обезличиванию персональных данных либо несоблюдение установленных требований или методов по обезличиванию персональных данных.
Указанные действия влекут наказание в виде предупреждения или административного штрафа в зависимости от квалифицирующих признаков и от субъекта, к которому применяют административное наказание.
Разглашение информации с ограниченным доступом (ст. 13.14. КоАП РФ)
Указом Президента РФ от 06.03.1997 №188 «Об утверждении Перечня сведений конфиденциального характера» определены виды информации с ограниченным доступом, к которым относят и врачебную тайну, правовой режим охраны которой определены ФЗ №323.
Субъектами данного правонарушения могут быть лица, получившие доступ к такой информации в связи с исполнением служебных или профессиональных обязанностей. В частности, ФЗ №323 прямо установлен запрет на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных данным законом.
По статье 13.14 назначают лишь один вид административного наказания — административный штраф.

III. Административные правонарушения в области предпринимательской деятельности

Осуществление предпринимательской деятельности без государственной регистрации или без специального разрешения (лицензии), осуществление предпринимательской деятельности с нарушением условий, предусмотренных специальным разрешением (лицензией) (ст. 14.1 КоАП РФ)

Медицинская деятельность подлежит обязательному лицензированию, порядок и условия которого установлены постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 №291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра “Сколково”)».

Например, наиболее частые нарушения лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности: отсутствие у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации сертификата специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье»; несоблюдение порядков оказания медицинской помощи; несоблюдение установленного порядка осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; несоблюдение установленного порядка предоставления платных медицинских услуг и т.д.

Рассматриваемая статья предусматривает административное наказание в виде предупреждения, наложения административного штрафа или административное приостановление деятельности на срок до 90 сут.

Нарушение установленных законодательством о рекламе требований к рекламе лекарственных средств, медицинских изделий и медицинских услуг, в том числе методов лечения, а также биологически активных добавок (ч. 5 ст. 14.3 КоАП РФ)

Требования к рекламе лекарственных средств, медицинских изделий и медицинских услуг, методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, методов народной медицины, а также к рекламе биологически активных и пищевых добавок, продуктов детского питания установлены ст. 24, 25 Федерального закона от 13.03.2006 №38-ФЗ «О рекламе», нарушение которых влечет наложение административного штрафа на граждан, должностных и юридических лиц.

Продажа товаров, выполнение работ либо оказание населению услуг ненадлежащего качества или с нарушением установленных законодательством РФ требований (ст. 14.4 КоАП РФ)

Данную статью применяют к медицинским организациям и медицинским работникам в случае предоставления медицинских услуг ненадлежащего качества или с нарушением установленных законодательством РФ требований.

Впервые ФЗ №323 дано определение качества медицинской помощи, закреплены гарантии гражданам на предоставление доступной и качественной медицинской помощи, а также формы контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Качество медицинской помощи определяют совокупностью характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степенью достижения запланированного результата (ст. 2 Закона).

Как видно из формулировки, качество медицинской помощи оценивают по нескольким характеристикам. Во-первых, она должна быть оказана своевременно. Во-вторых, в процессе оказания медицинской помощи должны быть использованы все возможные и необходимые врачебные, диагностические, лекарственные и иные ресурсы. В-третьих, полностью должна быть соблюдена технология лечения. В-

четвертых, предполагается, что в результате оказания медицинской помощи будет достигнут запланированный результат относительно состояния здоровья пациента.
Более того, ст. 10 ФЗ №323 устанавливает критерии, по которым можно оценить качество и доступность оказанной медицинской помощи. Так, доступность и качество медицинской помощи обеспечивают:
— организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;
— наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;
— возможностью выбора медицинской организации и врача в соответствии с настоящим Законом;
— применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
— предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
— установлением в соответствии с законодательством РФ требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения;
— транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения;
— возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью.
Необходимо отметить, что основным критерием качества медицинской помощи в настоящее время считают соблюдение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, которые разработаны и приняты Министерством здравоохранения РФ.
В соответствии с ч. 1 ст. 37 ФЗ №323 медицинскую помощь организуют и оказывают в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.
Таким образом, несоблюдение медицинскими работниками и медицинскими организациями рассмотренных требований при оказании медицинских услуг составляет объективную сторону данного административного правонарушения.
Анализ мер административной ответственности, предусмотренных в ст. 14.4 Закона, показывает, что может быть наложен административный штраф, а также к должностным лицам применена дисквалификация.
Нарушение законодательства об обращении лекарственных средств (ст. 14.4.2. КоАП РФ)
Данное административное правонарушение состоит в нарушении установленных правил оптовой торговли лекарственными средствами и порядка розничной торговли лекарственными препаратами, правовые основы которых определены Законом об обращении лекарственных средств, а также рядом подзаконных актов (приказом Министерства здравоохранения РФ от 11.07.2017 №403н» Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических лекарственных препаратов, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность»; приказом Министерства

здравоохранения и социального развития РФ от 27.07.2010 №553н «Об утверждении видов аптечных организаций»; приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.08.2010 №735н «Об утверждении Правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения медицинскими организациями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность, и их обособленными подразделениями (амбулаториями, фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, центрами (отделениями) общей врачебной (семейной) практики, расположенными в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации».

Административное наказание, устанавливаемое рассматриваемой статьей определено в виде штрафа.

Рассмотренные составы административных правонарушений наиболее часто применяют к медицинским работникам и медицинским организациям. Вместе с тем необходимо отметить, что применение к медицинским правоотношениям Закона о защите прав потребителей обусловливает привлечение медицинских работников и медицинских организаций к административной ответственности по ряду статей, устанавливающих ответственность за правонарушения в сфере прав потребителей:

— ст. 14.5: продажа товаров, выполнение работ либо оказание услуг при отсутствии установленной информации, либо неприменение в установленных федеральными законами случаях контрольно-кассовой техники;

— ст. 14.7: обман потребителей (введение в заблуждение относительно потребительских свойств, качества товара (работы, услуги) или иной обман потребителей);

— ст. 14.8: нарушение иных прав потребителей (нарушение права потребителя на получение необходимой и достоверной информации о реализуемом товаре (работе, услуге), об изготовителе, о продавце, об исполнителе и о режиме их работы; включение в договор условий, ущемляющих права потребителя, установленные законодательством о защите прав потребителей и т.д.).

Нарастание административной ответственности в сфере охраны здоровья обусловливает необходимость выработки стратегии минимизации привлечения к ответственности, которая предполагает прежде всего повышение уровня правовой грамотности медицинских работников, совершенствование внутреннего контроля качества медицинской деятельности и организацию деятельности по рассмотрению обращений (жалоб) пациентов и (или) их законных представителей.

Билет № 14

1. Клинико-морфологическая характеристика резаных ран.
2. Судебно-медицинская диагностика отравлений наркотическими веществами.
3. Ограничения, налагаемые на медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности. Урегулирование конфликта интересов.

ОТВЕТ:

1. Резаные раны чаще всего встречаются на шее и верхних конечностях, реже их находят на других частях тела. Они всегда обильно кровоточат. Резаные раны зияют и имеют веретенообразную форму. После сведения краев раны приобретают

прямолинейную или дугообразную форму. Если режущий предмет пересекает складки кожи, рана приобретает форму ломаной линии. Длина раны значительно превышает ее ширину, а нередко и глубину. Края раны ровные, но могут быть и лоскутными из-за дополнительных разрезов. Концы раны острые, часто с надрезами, указывающими на число движений режущего предмета. Волосы вдоль краев резаной раны поперечно или косопоперечно срезаны, что особенно хорошо заметно под малым увеличением биологического микроскопа. Стенки резаной раны гладкие. Дно неодинаковой глубины, наиболее углублено у входного конца раны или в ее середине. Причиняя глубокие раны, режущий предмет способен рассечь хрящевую ткань, надкостницу и губчатое вещество кости. Неровности и зазубрины лезвия оставляют на рассеченной поверхности множественные поверхностные параллельные друг другу валики и бороздки. Соотношение их высоты и взаимное расположение представляют собой индивидуально неповторимую совокупность, позволяющую отождествить конкретный повреждающий предмет. Тупое лезвие с дефектами может причинять осаднение и неровности краев раны, что делает ее похожей на рану, причиненную ударом ребра тупого предмета. Отличительные признаки — отсутствие перемычек между стенками раны и надрезы на фасциях, хрящах, костях от лезвия, а также особенности повреждения волос. Резаные раны, нанесенные собственной рукой, как правило, располагаются в слегка косом направлении слева направо (у правшей) и сверху вниз на передней или передне-боковой поверхности шеи. Рана в начальном отделе глубже, чем в конце, где наблюдаются поверхностные надрезы. Наряду с глубоким разрезом, достигающим иногда позвоночника, имеются мелкие поверхностные раны и надрезы кожи, расположенные параллельно краям основного повреждения. Собственной рукой резаные раны шеи наносятся чаще при вертикальном положении тела, поэтому потеки крови из раны на одежде, теле и на близрасположенных предметах расположены вертикально. Резаные раны шеи, причиненные посторонней рукой, характеризуются значительной глубиной, часто достигают позвоночника и имеют горизонтальное положение. Начало и конец раны имеют одинаковую глубину. Следы примерочных разрезов в виде поверхностных ран и надрезов кожи отсутствуют. Потеки крови обычно расположены поперек шеи. Обнаруживаются признаки борьбы и самообороны в виде глубоких беспорядочно расположенных разрезов кисти, в то время как поверхностные раны и надрезы, параллельные друг другу и расположенные в одном месте, характерны для симуляции самообороны. С целью самоубийства могут производиться разрезы на передней поверхности нижней трети предплечья, располагающиеся в поперечном направлении и параллельно друг другу.

2. Наркотики влияют на психические функции благодаря взаимодействию со специфическими рецепторами, которые в норме возбуждаются и ингибируются нейромедиаторами. Эффекты психоактивных веществ могут быть связаны также с их действием на синтез, высвобождение, обратный захват и метаболизм нейротрансмиттеров. Через опиоидные рецепторы действуют опиаты — алкалоиды снотворного мака (морфин, кодеин) и их производные (героин). В современной судебно-медицинской практике преобладают отравления опиатами, в том числе в комбинации с этиловым спиртом, барбитуратами и транквилизаторами. Кокаин, эфедрон и амфетамины имеют психостимулирующее воздействие, при длительном употреблении могут приводить к психозам и истощению центральной нервной системы. Наиболее опасен в этом отношении МДМА (метилен-диоксиметамфетамин), известный также под названием «экстази», появившийся недавно и уже виновный в гибели многих людей. Усиление эффекта норадреналина и дофамина (за счет стимуляции их высвобождения из пресинаптических окончаний или путем торможения их обратного захвата) — основной механизм

действия большинства психостимуляторов. Однако при длительном употреблении наркотиков возможности синтеза этих медиаторов истощаются. Амфетамины являются ингибиторами обратного захвата и инактивации норадреналина, влияя в основном на норадренергическую систему, тогда как кокаин — агонист дофаминовых рецепторов. Мишенью для большинства галлюциногенов (каннабиноиды, производные индола типа ЛСД и псилоцибина, метоксипроизводные амфетамина, включая мескалин) является преимущественно серотонинергическая система, которая модулирует функцию норадренергической. Через глутаминергические рецепторы опосредуется влияние некоторых галлюциногенов — фенциклидина и кетамина. Каннабиноиды входят в состав гашиша (марихуаны) — смеси для курения, получаемой из индийской конопли. Марихуана — едва ли не самый популярный наркотик, однако ее судебно-медицинское значение невелико, поскольку употребление марихуаны редко приводит к смерти. Главный вред от этого наркотика — в том, что употребление каннабиноидов чаще всего является лишь ступенью к употреблению более опасных наркотиков, напримергероина или кокаина. Кроме того, марихуана может вызывать острые психозы с агрессивным поведением.

Диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД) вызывает галлюцинации и искажения восприятия реальности, поэтому его употребление может служить причиной несчастных случаев со смертельным исходом. Псилоцибин, извлекаемый из грибов рода Psilocybe, имеет относительно мягкое галлюциногенное действие. Более опасен фенициклидин или PCP (фенил-циклогексил-пиперидин), который вызывает психомоторное возбуждение, нередко с агрессией, и служит причиной убийств и самоубийств. Нейромедиаторы образуются и выполняют свою функцию не только в мозге. Рецепторы к ним (в том числе к опиоидам) имеются в большинстве органов и тканей. Поэтому влияние наркотиков на организм не ограничивается изменениями психики, а приводит также к нарушению регуляции сосудистого тонуса, иммунной защиты и т.д.

Механизмы развития соматической патологии у наркоманов:

• непосредственное действие наркотиков на ткани и органы; • нарушение нервной регуляции вегетативных функций и эндокринной секреции, вызываемое как непосредственным токсическим действием наркотиков на нервную ткань, так и эмоциональными стрессами; • токсическое действие на органы и ткани примесей к наркотикам и веществ, применяемых для фальсификации наркотиков; • инфекционные процессы, связанные с введением бактерий, вирусов и грибов в организм посредством нестерильных шприцов, а также с иммунодефицитом, на фоне которого даже слабопатогенные представители микрофлоры становятся способными вызывать серьезные заболевания.

Особенности образа жизни наркоманов:

• нарушение естественных биоритмов; • стрессы (в частности, при абстиненции или вследствие социального неблагополучия); • психические расстройства; • беспорядочные сексуальные контакты (ведущие к распространению инфекций, передающихся половым путем); • нередкое сочетание наркотической интоксикации с алкогольной; • подверженность травмам; • гигиеническое неблагополучие (способствующее чесотке и педикулезу); • нарушение питания и др.

Прием морфина, героина и других опиатов вызывает сочетание эйфории с успокоением и расслаблением. Для передозировки характерны сужение зрачков, тошнота и рвота, запор, затруднение мочеиспускания, низкое кровяное давление, потливость, сонливость и постепенная утрата сознания с переходом в кому. Возникает цианоз, дыхание становится поверхностным, неправильным и все более замедляется.

Психостимуляторы также вызывают эйфорию, но в сочетании с психомоторным возбуждением. Зрачки расширяются, повышаются температура тела и артериальное давление, учащаются сердцебиение и дыхание. Артериальная гипертензия способна осложниться кровоизлиянием в мозг или сердечной аритмией. Передозировка проявляется головокружением, потливостью и помрачением сознания, после чего развивается кома с нарушением дыхания.

Танатогенез по типу «мозговой смерти», характеризующийся запредельной токсической комой с параличом дыхательного центра, типичен для опиатов. Его морфологические проявления включают полнокровие, отек и набухание головного мозга, нарушения микроциркуляции и множественные мелкие диапедезные кровоизлияния, а также признакиострого повреждения нейронов, особенно в субкортикальных отделах и в стволе. Танатогенез по типу сердечной смерти, характеризующийся фибрилляцией желудочков сердца, имеет свои морфологические признаки в виде фрагментации контрактурно поврежденных кардиомиоцитов, пареза микроциркуляции и очаговых острых кровоизлияний. Этот тип танатогенеза характерен для психостимуляторов. Танатогенез по типу смерти от токсического отека легких с развитием тяжелой дыхательной недостаточности характеризуется асфиктическими признаками, морфологией ДВС- синдрома в малом круге кровообращения и собственно картиной геморрагического отека легких. Этот вариант также типичен для опиатов.

Редкие виды танатогенеза (асфиксия от аспирации содержимого желудка при рвоте, острая надпочечниковая недостаточность при декомпенсации общего адаптационного синдрома, почечная и печеночная недостаточность, анафилактический шок, сепсис и другие инфекционные осложнения) с соответствующими морфологическими признаками могут наблюдаться при действии любого наркотика.

На практике зачастую имеется сочетание этих видов танатогенеза, обусловленное разнообразием механизмов влияния наркотиков и примесей к ним на организм. Выделение одной «главной» причины из этого комплекса условий в таких случаях затруднительно и методологически некорректно.

На вскрытии выявляются признаки быстро наступившей смерти по асфиксическому типу в виде острых циркуляторных расстройств в органах. Признаки употребления наркотиков незадолго до смерти включают свежие точечные ранки на коже в проекции крупных вен, следы от жгута на плече, обнаружение при осмотре места происшествия и при наружном осмотре трупа наркотических препаратов, шприцов, ложек, ватных тампонов и иных характерных аксессуаров. Возможно развитие синдрома позиционного сдавления при бессознательном состоянии вследствие наркотической интоксикации.

Морфологические данные, характеризующие хроническое употребление наркотиков, целесообразно разделить на четыре группы.

1. Поражения, специфические для определенного вида наркотика — специфические нейрохимические маркеры их действия, выявление которых в условиях судебно- медицинской практики обычно невозможно. Исключением служит депигментация черной субстанции мозга при опийной интоксикации. 2. Патологические изменения, связанные с фактом регулярного введения в организм инородных веществ, в том числе тех, которые входят в состав наркотических средств в качестве наполнителей или растворителей. К этой группе прежде всего относятся точечные ранки на коже в проекции крупных вен локтевых сгибов, особенно множественные, разной давности и нетипичной локализации (например, на кистях, половых органах, шее, в языке). В местах инъекционных повреждений гистологически обнаруживаются лимфомакрофагальная инфильтрация дермы с примесью нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов, ее фиброз и признаки

кровоизлияний разной давности. Если наркотик изготовляют путем измельчения таблеток и вводят внутривенно, нерастворимые компоненты таблеток могут вызвать микроэмболии в легких и печени с последующим формированием гранулем. Признаки хронического поражения головного мозга включают скопления липофусцина. в нейронах подкорковых ядер, микро- и олигодендроглии в подкорковых ядрах, признаки демиелинизации в стволовых отделах головного мозга. Для наркоманов характерны фиброз мягкой мозговой оболочки, уплотнение поджелудочной железы, макроскопически выявляемый кардиосклероз и гипертрофия миокарда при отсутствии выраженного липоматоза и поражения коронарных сосудов, а также расширение камер сердца. В почках обнаруживается картина мембранозной гломерулопатии. Часто встречаются неравномерность гистоархитектоники щитовидной железы в виде разного размера фолликулов, выбухания коллоидных узлов и западающих белесоватых рубцов, признаки низкой функциональной активности органа (эпителий уплощен, коллоид при приготовлении препаратов растрескивается, интенсивно воспринимая кислые красители). Характерны атрофия коры надпочечников и множество узелков в ней, персистенция тимуса. В ткани лимфатических узлов и в селезенке вначале развивается фолликулярная гиперплазия с формированием светлых центров, при большой длительности употребления наркотиков — атрофия фолликулов. У мужчин нередко выявляется атрофия тестикул с угнетением сперматогенеза, у женщин — множественные фолликулярные кисты яичников. 3. Инфекционные заболевания, связанные с наркоманией. К этой группе поражений можно отнести признаки хронического бронхита, очаговой пневмонии, вторичного туберкулеза легких, связанные с пониженной сопротивляемостью и скудным питанием. Использование общих шприцов и игл способствует распространению ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, что проявляется увеличением печени, селезенки и портальных лимфатических узлов. Микроскопически в печени обнаруживается картина малоактивного хронического портального и лобулярного гепатита, часто с формированием лимфоидных фолликулов и с примесью нейтрофилов и эозинофилов. Характерен выраженный фиброз, многочисленные порто-портальные соединительнотканные септы, а порой и формирующийся микронодулярный цирроз органа. В паренхиме наблюдается сочетание умеренной жировой дистрофии гепатоцитов с гиалиново-капельной и гидропической.

Одно из наиболее специфических для наркоманов поражений — фолликулярный глоссит, при котором слизистая языка представляется бугристой с множеством выбухающих синюшных узелков, поверхность которых частично эрозирована.

Гистологически выявляются гиперплазия лимфоидных фолликулов, свидетельствующая о тяжелом расстройстве функций иммунной системы. Повторные внутривенные инъекции без соблюдения асептики приводят к тромбозу вен, флебиту и облитерации, а также к формированию абсцессов, септикопиемии и бактериальному эндокардиту. 4. Поражения, связанные с образом жизни наркоманов. Большинство наркоманов внешне выглядят совершенно нормально. У тех, кто имеет болезненный вид, это бывает чаще всего не под влиянием самих наркотиков, а в связи с осложнениями их употребления, в том числе социально-психологическими. Социальное неблагополучие наркоманов, потеря аппетита и недостаток денег на питание приводят к потере веса, гиповитаминозам, затяжному течению инфекционных заболеваний и т.д.

Гистологическая картина острого отравления наркотиками включает признаки острого нарушения гемоциркуляции, иногда фибрилляции желудочков сердца. В ткани головного мозга — признаки острого повреждения нейронов (набухание, ишемические изменения нейронов коры и тяжелые изменения набухших нейронов подкорковых ядер и ствола с умеренными явлениями сателлитоза).

3. В настоящее время одно из направлений государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности — контроль за соблюдением медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к указанным лицам при осуществлении профессиональной деятельности (Положение о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденное постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 №1152). Нормы, устанавливающие ограничения, налагаемые на медицинских и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности, определены ст. 74, 75 ФЗ №323.

   Так, ст. 74 ФЗ №323 закрепляет следующие ограничения в отношении медицинских работников и руководителей медицинских организаций, которые не вправе:

   — принимать от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) подарки, денежные средства (за исключением вознаграждений по договорам при проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, вознаграждений, связанных с осуществлением медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности), в том числе на оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха, а также участвовать в развлекательных мероприятиях, проводимых за счет средств компаний, представителей компаний;

   — заключать с компанией, представителем компании соглашения о назначении или рекомендации пациентам лекарственных препаратов, медицинских изделий (за исключением договоров о проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий);

   — получать от компании, представителя компании образцы лекарственных препаратов, медицинских изделий для вручения пациентам (за исключением случаев, связанных с проведением клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий);

   — предоставлять при назначении курса лечения пациенту недостоверную и (или) неполную информацию об используемых лекарственных препаратах, о медицинских изделиях, в том числе скрывать сведения о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов, медицинских изделий;

   — осуществлять прием представителей компаний, за исключением случаев, связанных с проведением клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, участия в порядке, установленном администрацией медицинской организации, в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, направленных на повышение их профессионального уровня или на предоставление информации, связанной с осуществлением мониторинга безопасности лекарственных препаратов и мониторинга безопасности медицинских изделий;

   — выписывать лекарственные препараты, медицинские изделия на бланках, содержащих информацию рекламного характера, а также на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата, медицинского изделия.

   Анализ данной статьи позволяет сделать несколько выводов.

— Легального определения термина «подарок» в настоящее время в законодательстве нет. Общие вопросы дарения урегулированы гражданским законодательством (глава 32 ГК РФ). В частности, ст. 575 ГК РФ содержит запрет на получение подарков работниками медицинских организаций (за исключением обычных подарков, стоимость которых не превышает 3 тыс. руб.). Однако, согласно данной статье, дарителем должен быть либо гражданин, находящийся на лечении, либо супруги, родственники (братья, сестры, дети, родители, иные близкие родственники) пациента. Таким образом, нормы указанной статьи не распространяются на правоотношения медицинских работников и руководителей медицинских организаций с фармацевтическими организациями, следовательно, запрет принимать подарки императивен в любой форме, независимо от их стоимости.

— Исключение из общего запрета на получение денежных средств от компаний и их представителей — возможность получения вознаграждений по договорам при проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, в связи с осуществлением медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности.

— Установленный запрет на получение медицинским работником от представителя компании образцов лекарственных препаратов, медицинских изделий должен иметь определенную цель: для вручения пациентам. Есть мнение, что данная норма не запрещает медицинским работникам принимать от представителя фармацевтической компании образец лекарственного препарата или медицинского изделия для других целей, например при особенностях применения, в качестве демонстрационной модели без передачи пациенту.

— Участие в мероприятиях неразвлекательного характера, проводимых за счет средств фармацевтической компании (включая участие медицинских и фармацевтических работников в конференциях, конгрессах, симпозиумах и иных научно-практических и образовательных мероприятиях, организуемых как самой компанией, так и другими лицами), не запрещено. Согласно ст. 67 Закона об обращении лекарственных средств для получения информации о лекарственных препаратах специалисты могут по собственной инициативе изучать монографии, справочники, научные статьи, использовать данные из докладов на конгрессах, конференциях, симпозиумах, научных советах. Данные положения соответствуют конституционному праву граждан России (ч. 4 ст. 29 Конституции РФ) свободно искать, получать, передавать, производить и распространять информацию, в том числе и ту, которая касается их профессиональной деятельности.

— Закон вводит принципиально новый порядок общения медицинских работников с представителями фармацевтических компаний. Прием представителей фармацевтических компаний, производителей или продавцов медицинских изделий должен быть связан либо с проведением клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, либо с участием в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, связанных с повышением их профессионального уровня или предоставлением информации о побочных эффектах и нежелательных реакциях. При этом порядок проведения таких собраний должен быть установлен соответствующим локально-нормативно-правовым актом администрации медицинской организации.

Процедура урегулирования конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности закреплена ст. 75 ФЗ №323. Фактически данная статья — логическое продолжение ст. 74 Закона.

Конфликт интересов — это ситуация, при которой у медицинского или фармацевтического работника при осуществлении ими профессиональной деятельности возникает личная заинтересованность в получении лично либо через

представителя компании материальной выгоды или иного преимущества, которое влияет или может повлиять на надлежащее исполнение ими профессиональных обязанностей вследствие противоречия между личной заинтересованностью медицинского или фармацевтического работника и интересами пациента.

В случае возникновения конфликта интересов медицинский или фармацевтический работник обязан проинформировать об этом в письменной форме руководителя медицинской или аптечной организации, в которой он работает, а индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую или фармацевтическую деятельность, обязан проинформировать о возникновении конфликта интересов уполномоченный Правительством РФ федеральный орган исполнительной власти.

Руководитель медицинской или аптечной организации в 7-дневный срок со дня, когда ему стало известно о конфликте интересов, обязан в письменной форме уведомить об этом уполномоченный Правительством РФ федеральный орган исполнительной власти. Уведомление о возникновении конфликта интересов подписывает руководитель медицинской или фармацевтической организации. Совместно с уведомлением направляют документы, подтверждающие конфликт интересов.

Отдельно закон устанавливает ограничения для фармацевтических работников и руководителей аптечных организаций (ч. 2 ст. 74 ФЗ №323) с учетом специфики фармацевтической деятельности. Более того, соответствующие запреты введены и для организаций, осуществляющих деятельность по обращению лекарственных средств (организации, занятые разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов для медицинского применения; организации, обладающие правами на использование торгового наименования лекарственного препарата для медицинского применения; организации оптовой торговли лекарственными средствами, аптечные организации (их представители, иные физические и юридические лица, осуществляющие свою деятельность от имени этих организаций)). Ограничения, налагаемые на организации, осуществляющие деятельность по обращению лекарственных средств, сформулированы в главе 14.1 Закона об обращении лекарственных средств, что ожидаемо и логично, поскольку вряд ли стоило рассчитывать на эффективную регламентацию в сфере продвижения лекарственных средств и медицинских изделий, ограничивая лишь действия врачей и фармацевтических работников.

Все субъекты коммуникации должны выполнять соответствующие требования закона, под действие которого подпадают. Специалисты здравоохранения не могут принимать от компаний и их представителей подарки, денежные средства, а компании не должны их вручать и выплачивать. Они не имеют права оплачивать развлечения, отдых, проезд к месту отдыха, а также привлекать специалистов здравоохранения к участию в развлекательных мероприятиях, проводимых за их счет, а врачи и фармацевтические работники не должны в них участвовать. Для обеих сторон не может быть предметом соглашения назначение или рекомендация пациентам лекарственных препаратов, бесплатные образцы, выписка рецепта на бланках с заранее напечатанным названием препарата. И те, и другие не должны утаивать существенную информацию о препарате и его аналогах, находящихся в обращении. Визиты медицинских представителей в рабочее время в медицинскую организацию возможны лишь при определенных условиях, а именно:

— если посещение проходит в рамках клинического исследования в соответствии с заключенными договорами между медицинской организацией и компанией;

— если встреча проходит в рамках мероприятия по профессиональному усовершенствованию в установленном в организации порядке;

— если встреча проходит на мероприятии, направленном на предоставление информации, связанной с осуществлением мониторинга безопасности лекарственных препаратов.

При этом обе стороны подлежат ответственности за нарушение требований каждого из названных законов.

Невыполнение обязанностей о представлении информации о конфликте интересов при осуществлении медицинской и фармацевтической деятельности влечет применение мер административной ответственности в соответствии со ст. 6.29 КоАП РФ:

— ч. 1: непредставление медицинским работником информации о возникновении конфликта интересов руководителю медицинской организации, в которой он работает... информации о возникновении конфликта интересов влечет наложение административного штрафа в размере от 3000 до 5000 руб.;

— ч. 2: непредставление или несвоевременное предоставление руководителем медицинской организации уведомления о возникновении конфликта интересов медицинского работника... в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти влечет наложение административного штрафа в размере от 5000 до 10 000 руб.;

— ч. 3: непредставление индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую или фармацевтическую деятельность, информации о возникновении конфликта интересов в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти влечет наложение административного штрафа в размере от 3000 до 5000 руб.

Согласно ч. 4 ст. 6.29 КоАП РФ, совершение административного правонарушения, предусмотренного ч. 1—3 данной статьи, лицом, ранее подвергнутым административному наказанию за аналогичное административное правонарушение, влечет наложение административного штрафа в размере от 10 до 20 тыс. руб. либо дисквалификацию на срок до 6 мес.

Для урегулирования конфликта интересов уполномоченный Правительством РФ федеральный орган исполнительной власти образует комиссию по урегулированию конфликта интересов. Состав комиссии по урегулированию конфликта интересов формируют с учетом исключения возможности возникновения конфликта интересов, который мог бы повлиять на принимаемые указанной комиссией решения.

В целях реализации обозначенных норм приказом Минздрава России от 21.12.2012 №1350н утверждено Положение о Комиссии Министерства здравоохранения РФ по урегулированию конфликта интересов при осуществлении.

В медицинской организации необходимо рассматривать работу по соблюдению ограничений, налагаемых на медицинских работников, а также работу по предотвращению конфликта интересов медицинского работника как неотъемлемую составную часть обеспечения контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Это напрямую следует из Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 №1152. Если государство в указанном Положении определило работу по контролю за соблюдением ограничений, налагаемых на медицинских работников, как компонент контроля качества и безопасности медицинской деятельности, то и на уровне медицинской организации в формате внутреннего контроля соответствующее направление также должно быть реализовано.

Билет № 15

1. Судебно-медицинская экспертиза установления пола человека.
2. Клинико-морфологическая характеристика повреждений, образующихся при падении из положения стоя на плоскость.
3. Характеристика врачебной тайны и персональных данных пациента.

ОТВЕТ:

1. Установление половой принадлежности живого человека или целиком сохранившегося трупа не представляет трудности. При исследовании следов крови или фрагментов тканей половую принадлежность устанавливают с помощью люминесцентной микроскопии по половому хроматину либо методами молекулярно-генетического анализа. Половую принадлежность скелетированных останков определяют по особенностям строения костей. По существу, почти каждая кость скелета имеет половые различия. Однако наиболее информативны кости тазового кольца и череп. Тазовое кольцо женщины широкое и низкое. Положение крыльев подвздошных костей близко к горизонтальному. Нижние ветви донных костей сходятся под углом 90–100°, образуя плавную дугу. Крестец короткий и широкий. Большая седалищная вырезка широкая, имеет вид прямого угла. Запирательное отверстие имеет вид треугольника. Суставная поверхность крестцово-подвздошного сочленения распространяется на 2-й крестцовый позвонок. Промонториум выступает незначительно. Малый таз имеет цилиндрическую форму. Вход в малый таз круглый или поперечно-овальный. Таз мужчины узкий и высокий. Положение крыльев подвздошных костей приближается к вертикальному. Нижние ветви лонных костей образуют угол 70–75°. Крестец узкий и длинный. Большая седалищная вырезка в виде острого угла. Запирательное отверстие овальное. Суставная поверхность крестцово-подвздошного сочленения распространятся на 3-й крестцовый позвонок. Промонториум резко выдается кпереди. Малый таз конусообразной формы. Вход в малый таз в виде «карточного сердца». Женское и мужское тазовые кольца отличаются и по размерным параметрам. Мужской череп характеризуется выраженной развитостью и угловатостью бугристостей и шероховатостей в местах прикрепления мышц, резким выступанием затылочного бугра, надбровных дуг и надпереносья, массивностью сосцевидного отростка и заостренностью его вершины. Нижняя челюсть тяжелая (80–85 г и более), крупная, ее восходящие ветви расположены вертикально, нижнечелюстные углы почти прямые и развернуты кнаружи. Лоб скошен, темя в виде пологой сферы. Лицевой череп развит больше, чем мозговой. Переход от лба к носу — в виде резкого углубления. Глазницы низкие, прямоугольной формы с тупым и толстым верхним краем. Емкость мужского черепа больше женского в среднем на 100–200 см3 . Женский череп отличается сглаженной поверхностью, слабым развитием затылочного бугра, надбровных дуг, бугристостей и шероховатостей в местах прикрепления мышц. Сосцевидные отростки небольшие с тупой вершиной. Масса нижней челюсти 60–63 г и меньше, ее восходящие ветви наклонены, нижнечелюстные углы тупые. Лоб вертикальный, лобные бугры хорошо выражены, темя плоское. Переход от лба к носу плавный, неглубокий. Глазницы высокие, круглые, с тонкими и заостренными верхними краями.
2. При беспрепятственном падении основные повреждения на теле человека возникают от однократного ударного воздействия. Характер этих повреждений

определяется размерами, рельефом и твердостью поверхности падения. По размерам эта поверхность в подавляющем большинстве случаев неограниченна. Гораздо реже встречаются падения на отдельно стоящие крупногабаритные предметы, область воздействия которых ограничивается поверхностями, прилегающими к краям или углам этого предмета. Рельеф травмирующей поверхности может быть относительно ровным (асфальтовое покрытие, бетонные плиты и т.п.) или неровным за счет выбоин или находящихся на поверхности мелких предметов (отдельные камни, гравий, щебень и т.п.). Поверхность может быть твердой (асфальт, бетон) или относительно мягкой (песок, грунт, дерн и др.). При падении человека с высоты собственного роста говорят о падении на плоскости. При этом наиболее тяжелым повреждением оказывается черепно-мозговая травма. По месту приложения силы обычно возникают ссадины, кровоподтеки, ушибленные раны, переломы лицевого или мозгового черепа. Линии переломов соответствуют направлению падения. О падении на плоскости свидетельствует также наличие поверхностных повреждений на локтях (падение навзничь) или коленях и ладонях (падение вперед). Наиболее типичны для падения с высоты роста на горизонтальную поверхность следующие признаки: • кровоподтеки и кровоизлияния в мягкие ткани без ушибленных ран; • наличие только линейных переломов свода и основания черепа; • наличие всего спектра внутричерепных повреждений в различных комбинациях друг с другом; • более частая встречаемость и большая выраженность травматических субдуральных гематом, субарахноидальных кровоизлияний и ушибов головного мозга в противоударных зонах. При падении на лоб или затылок на основании и полюсах лобных и височных долей образуются ушибы коры головного мозга — очаги геморрагического размягчения, окруженные множественными точечными кровоизлияниями. При падении на височную область очаги ушибов коры чаще локализуются на боковой поверхности противоположной височной доли и реже — в коре височной доли по месту приложения силы. Падение на заднебоковую поверхность головы (левая или правая половина затылочной области) чаще всего приводит к образованию ушибов коры на основании и полюсах лобной и височной долей противоположного полушария мозга. Ранее считали, что при придании телу предварительного ускорения, например, толчке в грудь или ударе в лицо, и последующем падении навзничь место приложения силы будет располагаться выше затылочного бугра, на границе с теменными областями. По современным данным, сообщение голове и туловищу дополнительной кинетической энергии при ударе не сопровождается запрокидыванием головы в момент контакта с поверхностью и не приводит к смещению места приложения силы. Смещение места приложения силы кверху от наружного затылочного бугра, наблюдаемое в некоторых случаях, зависит от высоты падения. Дополнительной кинетической энергии, сообщаемой рукой нападающего телу падающего человека, недостаточно и для существенного увеличения размеров субарахноидальных кровоизлияний и контузионных очагов. Единственным основанием для заключения об имевшем место ударе могут быть его следы на лице в виде ссадин, кровоподтеков, ушибленных ран, переломов нижней челюсти или скуловой кости. Однако эти признаки непостоянны. В случаях координированного падения тело человека в процессе полета группируется и в результате приземляется одновременно несколькими зонами — руками и коленями, туловищем и головой и т.д. Это доказывает, что пострадавший во время падения был жив и в сознании. В зависимости от состояния человека (например, алкогольное опьянение, бессознательное состояние) падение может иметь некоординированный характер. Совокупности повреждений при координированном и беспорядочном падениях различаются.

3. Правовые аспекты охраны врачебной тайны всегда являлись острой темой дискуссии и в медицинском, и в юридическом сообществе.
   В части 1 ст. 23 Конституция РФ провозглашает, что каждый имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну. Предметом личной и семейной тайны могут быть сведения о состоянии здоровья человека, в связи с чем можно констатировать, что врачебную тайну в первую очередь охраняют нормы Конституции РФ. Так, согласно ч. 1 ст. 24 Конституции РФ, без согласия лица недопустимы сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия.
   Гарантии охраны врачебной тайны содержит законодательство в сфере охраны здоровья. В частности, ФЗ №323 соблюдение врачебной тайны отнесено к основным принципам охраны здоровья (ст. 4), это одна из обязанностей не только медицинских работников (ст. 73), но и медицинских организаций (ст. 79).
   В соответствии со ст. 13 ФЗ №323 врачебную тайну составляют сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, а также иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. Новацией законодательства об охране здоровья можно считать закрепление запрета на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, и после смерти человека.
   Разглашение указанных сведений лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, недопускается, в том числе после смерти человека.

Билет № 16

1. Обязанности судебно-медицинского эксперта или иного врача, привлеченного в качестве специалиста к участию в осмотре трупа на месте его обнаружения.
2. Судебно-медицинская диагностика смерти от общего переохлаждения.
3. Права и обязанности медицинских работников.

ОТВЕТ:

1. При производстве различных следственных действий врач участвует не как эксперт, а как специалист в области судебной медицины. Наиболее часто врача привлекают к осмотру трупа и следов человека на месте происшествия, к участию в следственном эксперименте и освидетельствовании следователем живых лиц, допросах, к изъятию образцов (кровь, слюна и др.) для последующего сравнительного исследования, участию в обыске и др. Специалист оказывает содействие следователю в обнаружении, закреплении и изъятии вещественных доказательств, обращает его внимание на обстоятельства, сопровождающие эти действия, и дает необходимые пояснения. Местом происшествия называется участок местности или помещение, где произошло расследуемое событие, например, обнаружение трупа. Осмотр места происшествия — это одно из первичных и неотложных следственных действий. Следователь проводит его в целях обнаружения следов преступления, установления обстановки происшествия, выявления фактических данных, характеризующих личность преступника, а также других сведений, имеющих значение для раскрытия преступления и изобличения виновных. Следователь осматривает место происшествия в присутствии понятых.

Он может привлечь к участию в осмотре обвиняемых, подозреваемых, потерпевших, свидетелей и специалистов. Когда на месте происшествия необходимо осмотреть труп, выявить, описать, зафиксировать, сохранить и оценить следы биологического происхождения на вещественных доказательствах, следователь вправе привлечь специалиста в области судебной медицины, а при его отсутствии — любого врача. Результаты и условия осмотра места происшествия и трупа фиксируют в протоколе осмотра места происшествия, составляемом следователем. В протоколе описывают все действия следователя в процессе осмотра и все обнаруженное в той последовательности, в которой проводился осмотр, и в том виде, в каком оно наблюдалось в момент осмотра. Кроме того, описывают все, что изъято с места происшествия при осмотре. Записи, относящиеся к описанию трупа и биологических следов на вещественных доказательствах, по поручению следователя формулирует врач. По окончании осмотра текст протокола следователь зачитывает участникам осмотра (в том числе врачу), которые имеют право внести замечания и дополнения в протокол. Затем следователь, понятые, врач и все другие участники осмотра подписывают протокол. По прибытии на место обнаружения трупа врач прежде всего должен убедиться, имеются ли у пострадавшего признаки жизни. При отсутствии достоверных признаков смерти врач с помощью следователя вызывает скорую помощь и приступает к восстановлению основных жизненных функций организма. Если эти меры оказываются безуспешными, в протоколе осмотра указывают меры, предпринятые в целях оживления, время их начала и окончания.

Задачи врача при осмотре места происшествия:

• выявить признаки, позволяющие судить о времени и причине смерти, характере и механизме возникновения повреждений, а также другие данные, имеющие значение для установления обстоятельств происшествия; • оказывать следователю помощь в обнаружении, изъятии и сохранении биологических следов на вещественных доказательствах; • содействовать следователю при описании в протоколе состояния трупа и биологических следов на вещественных доказательствах; • обращать внимание следователя на все особенности, имеющие значение для расследования данного случая; • давать пояснения по поводу выполняемых врачом действий.

На основании осмотра трупа и места его обнаружения врач может устно ответить следователю на следующие вопросы: какова приблизительная давность смерти, не менялось ли положение трупа, имеются ли наружные повреждения, каким предметом они причинены, нанесены ли повреждения там, где был обнаружен труп, какова возможная причина смерти.

Врач может дать устные ответы и на другие вопросы, если они находятся в пределах его компетенции и не требуют специальных дополнительных исследований. Высказывания врача, основанные только на данных наружного осмотра трупа, являются лишь высоковероятными предположениями и не должны рассматриваться как экспертное заключение.

Осмотр, как правило, начинают с центра места происшествия, т.е. с места наибольшего сосредоточения предметов и следов, имеющих значение для расследования (например, с места, где находится труп). С периферии осмотр начинается при опасности утраты следов, находящихся по периметру места происшествия, и только при полной уверенности в смерти пострадавшего.

Все участники осмотра должны вести себя на месте происшествия таким образом, чтобы обстановка места не была изменена, а следы преступления были не повреждены до их фиксации. За рубежом принято проводить осмотр места происшествия в специальной одноразовой одежде, чтобы не оставлять там свои волосы, волокна одежды и прочие артефакты.

В осмотре месте происшествия, в том числе трупа, выделяют две стадии: статическую и динамическую. Под статической стадией понимается изучение и фиксация обстановки места происшествия без нарушения ее первоначального состояния. При этом должно быть зафиксировано (описано, измерено, сфотографировано и схематически нарисовано) точное местоположение всех объектов и их взаимное расположение по отношению друг к другу. В статической стадии все обнаруженное осматривают, не дотрагиваясь до предметов.

Следует точно зафиксировать, в каком положении находится одежда на трупе, поскольку в следующую стадию ее положение будет изменено.

В следующую, динамическую, стадию для детального исследования трупа и иных объектов их переворачивают, перемещают, изымают различные предметы и т.д. Но и в эту стадию следует работать осторожно, чтобы не повредить имеющиеся на предметах следы и не оставить на них следов своих рук. Чтобы осмотреть все слои одежды и всю поверхность тела трупа, достаточно расстегивать одежду, приподнимать ее кверху или опускать вниз.

При выраженном окоченении или следах крови на лице и руках одежду приходится разрезать вне мест ее повреждений или загрязнений.

Зондирование ран, извлечение орудий, фиксированных в повреждениях или естественных отверстиях тела, запрещается. Их надлежит оставлять в том состоянии, в каком они были обнаружены, обеспечив сохранность при транспортировке трупа в морг, например, путем закрепления лейкопластырем. Петли на шее и на связанных конечностях следует сохранить или снять путем перерезания, но не развязывать узлы.

Для сохранения подногтевого содержимого и прочих объектов криминалистических исследований (волос, волокон, загрязнений) на кисти рук трупа надевают полиэтиленовые пакеты, фиксируя их изоляционной лентой или ниткой. Иногда с этой же целью весь труп помещают в пластиковый мешок.

По результатам осмотра трупа в протокол осмотра места происшествия должны быть занесены следующие сведения:

• положение трупа по отношению к окружающим предметам; • поза трупа, положение головы и конечностей, следы и предметы на трупе, рядом и под ним; • положение одежды, наличие и характер повреждений и загрязнений на ней, состояние и целость застежек, петель и пуговиц, наличие следов, похожих на кровь и выделения; • пол, приблизительный возраст и рост, телосложение, цвет кожных покровов, индивидуальные признаки: наличие физических недостатков, рубцов, татуировок, родимых пятен и др.; • состояние зрачков, роговиц, слизистых оболочек глаз, наличие выделений и постороннего содержимого в естественных отверстиях; • данные, касающиеся давности смерти (с обязательным указанием на время исследования):

– степень охлаждения открытых и прикрытых одеждой участков поверхности тела; – температура тела в прямой кишке и температура окружающего воздуха; – наличие, расположение и цвет трупных пятен, изменение их цвета при дозированном давлении и время восстановления первоначальной окраски; – наличие и степень выраженности трупного окоченения в различных группах скелетных мышц; – характер реакции двуглавой мышцы плеча на ударное механическое воздействие; – характер ответной реакции на электрическое возбуждение мимических мышц лица; – характер реакции зрачков на введение в переднюю камеру глаза растворов атропина и пилокарпина; – наличие и степень выраженности поздних трупных явлений; – наличие на трупе насекомых и характер их жизнедеятельности (часть особей, находящихся в различных стадиях развития, должна быть залита спиртом или формалином, другая часть должна быть высажена

в биологический садок для наблюдения); – наличие следов посмертного действия крупных животных;
• наличие зажатых в кистях волос и других предметов, состояние подногтевого содержимого; • наличие и характер повреждений на трупе, состояние кожи вокруг повреждений, другие особенности; • наличие на трупе и около него следов, похожих на кровь, выделения и другое; характер и топография следов на месте происшествия, их положение по отношению к трупу; • наличие посторонних запахов изо рта при надавливании на грудную клетку.
Тяжкие преступления нередко имеют сексуальный подтекст, поэтому перед исследованием ректальной температуры следует взять мазок из прямой кишки. Несоблюдение этого правила может вести к попаданию спермы погибшего в задний проход при термометрии и ее последующему обнаружению там при исследовании мазков, взятых в морге.
Осмотр места происшествия и трупа на месте его обнаружения не должен ограничиваться только фиксацией следов. Он должен носить характер исследования, в ходе которого выдвигаются, подтверждаются или опровергаются различные версии. Большое значение в этом отношении имеют так называемые негативные обстоятельства — факты, противоречащие обычному ходу событий. Их выявление требует внимательности, сосредоточенности, наблюдательности и постоянной оценки каждого выявляемого и фиксируемого факта.
Примеры негативных обстоятельств:
• отсутствие лужи крови рядом с трупом, на шее которого глубокая резаная рана с пересечением магистральных артерий и вен; • горизонтальные потеки крови на одежде трупа, обнаруженного в положении сидя; • длина раны значительно короче ширины клинка ножа, лежащего рядом с трупом; • чистые подошвы обуви трупа, лежащего на полу, обильно испачканном кровью и грязью; • рубленые раны на голове в сочетании с опасной бритвой, лежащей рядом с трупом; • отсутствие оружия на месте происшествия при огнестрельном ранении от выстрела в упор; • отсутствие следов пули на предметах окружающей обстановки при обнаружении в помещении трупа со сквозным огнестрельным повреждением и др.
Участники осмотра активно, творчески и целенаправленно осуществляют поиск орудий преступления, следов крови, спермы и других выделений с учетом фактов, добываемых в процессе осмотра места происшествия.
При отыскании следов крови обращают внимание на возможность их сохранения в «скрытых местах» (в подногтевом пространстве ладоней рук трупа, на краях карманов и рукавов, в швах и под подкладкой одежды, в щелях пола, под плинтусами, в углублениях и местах соединения деталей мебели, дверных ручек, водопроводных кранов, возможных орудий преступления, транспортных средств и др.), изменения цвета пятен крови, расположенных на темном или пестром фоне, замытых пятен крови, которые могут приобретать черноватый, зеленоватый, розоватый, желтоватый цвет, и др. Большое судебно-медицинское значение имеют характер, форма и размеры следов крови. Различают пятна от капель, брызг, потеков, отпечатков, мазков и помарок крови, лужи крови, замывные воды.
Пятна от капель крови образуются при их попадании на горизонтальную (круглые пятна) или наклонную поверхность (пятна в виде вытянутых овалов, имеющих вид «восклицательных знаков»). В зависимости от высоты падения капля разбивается о поверхность, и у краев ее образуются мелкие радиальные лучи и дополнительные мелкие брызги. Число и длина лучей, количество мелких брызг указывают на высоту падения капель.
Если капли падают во время движения человека, то радиальные лучи и мелкие капельки имеют одностороннее расположение и указывают на направление его движения.

Пятна от брызг обычно множественные, мелкие и имеют преимущественно форму «восклицательного знака». Они возникают при повреждении артериальных сосудов, ударе по окровавленной поверхности, ударе о предмет окровавленной поверхностью, резких взмахах окровавленным предметом. В зависимости от механизма образования, пятна от брызг располагаются в виде одной или нескольких «цепочек», либо в виде множественных мелких «восклицательных знаков», радиально расходящихся от центра, образованного сплошным пятном крови. Пятна от брызг указывают на характер источника кровотечения, число ударов окровавленной поверхностью или ударов о таковую, число и направление взмахов окровавленным предметом.

Пятна от потеков крови могут быть в виде нескольких параллельных полос с концентрацией крови в конце полосы. Если такие следы образовались на одежде, то можно установить, в каком положении находился пострадавший после начала кровотечения, а также определить, что положение тела в процессе кровотечения не менялось. Если «полосы» перекрещиваются, это свидетельствует о первоначальном положении пострадавшего после начала кровотечения, о факте изменения исходного положения и последующем положении пострадавшего.

Следы крови в виде отпечатков возникают от статического контакта с окровавленной поверхностью и могут отображать отпечатки пальцев с сохранением папиллярного узора пальцев, ладоней и стоп, орудий преступления, формы и размеров наружных повреждений.

Такие следы нередко помогают в розыске и изобличении преступника.

Помарки крови образуются от динамического контакта с окровавленной поверхностью. Они указывают на место первичного контакта и на направление последующего смещения окровавленного предмета.

Пропитывание кровью одежды может быть сплошным и прерывистым. Эти следы косвенно указывают на положение одежды на теле после начала кровотечения и дают приблизительное представление об объеме кровопотери. На месте происшествия могут быть обнаружены более или менее обширные скопления крови — «лужи крови». Они указывают на место, где находилось тело после начала кровотечения. Место расположения больших луж крови обычно совпадает с местом наступления смерти.

Изредка на месте происшествия находят емкости с водой и другими жидкостями, содержащими примесь крови. Их называют «замывными водами». Они образуются при попытках уничтожить следы кровотечения.

После фотографической, компьютерной или описательной фиксации исходного вида биологических следов на вещественных доказательствах начинают поиск невидимых следов.

Если следы крови не видны, но предполагается их присутствие, прибегают к осмотру в косо падающем свете, с помощью лупы или в ультрафиолетовых лучах. Пятна крови поглощают ультрафиолетовые лучи и выглядят темно-коричневыми бархатистыми участками. Можно применять для отыскивания крови неспецифические пробы с перекисью водорода (положительный результат — вспенивание), бензидином (положительный результат — посинение) или люминолом (положительный результат — голубоватая люминесценция в темноте). К этим пробам стоит прибегать в исключительных случаях, так как они могут негативно сказаться на результатах последующего серологического исследования.

При отыскании следов, которые могли бы образоваться от спермы, обращают внимание на извилистые контуры, плотноватую консистенцию, беловатый, желтоватый или светло- серый цвет пятен на хорошо всасывающих тканях, а также на белесоватые или светло- серые волоски на ворсистых тканях. При применении источника ультрафиолетовых лучей пятна спермы дают голубоватое свечение.

Способность люминесцировать в ультрафиолетовых лучах имеют также слюна, моча и другие выделения.

Поиск волос ведут на предполагаемых орудиях преступления, одежде, теле человека, транспортных средствах и др. Волосы могут быть легко утрачены, поэтому при их обнаружении надо сразу принимать меры к сохранению этих объектов.

С места происшествия необходимо практически всегда изымать окурки, расчески, головные уборы, обувь и тому подобные предметы, так как на них могут оказаться потожировые следы, слюна и другие следы, отражающие антигенные свойства их владельца. То же самое касается частиц органов и тканей, которые могут быть обнаружены на орудии преступления, транспортных средствах, предметах окружающей труп обстановки и др.

Эти объекты предпочтительно высушивать, так как помещение их в консервирующие растворы может помешать выявлению группоспецифических свойств тканей.

Перед врачом стоит задача — помочь следователю в изъятии вещественных доказательств с биологическими следами для их последующего судебно-медицинского специального исследования.

При этом стоит иметь в виду следующие рекомендации:

• одежду и иные небольшие по размерам вещественные доказательства изымают целиком; • из громоздких предметов делают выемку (выпиливают, вырезают и др.) части участка с подозрительными следами так, чтобы сохранить весь след; • если невозможно изъять вещественное доказательство полностью или частично, подозрительное пятно после его фотографирования с масштабом соскабливают либо смывают влажной марлей, которую высушивают при комнатной температуре вне досягаемости солнечных лучей; • следы крови на снегу изымают на марлю с наименьшим количеством снега, после растаивания снега марлю высушивают; • обязательно в отдельные пакеты берут контрольные участки предмета-носителя вне подозрительных пятен, а также контрольные куски марли, которая использовалась для смыва следа; • влажные вещественные доказательства высушивают при комнатной температуре в аккуратно развешанном состоянии.

Каждое вещественное доказательство по возможности должно быть помещено в отдельный пакет и упаковано так, чтобы в максимальной степени гарантировать сохранность следов и избежать утраты самого вещественного доказательства. Во избежание замены вещественного доказательства следователь заклеивает, перевязывает, опечатывает, маркирует и подписывает пакеты.

В некоторых случаях первостепенное значение имеет не столько осмотр трупа (он может и должен быть подробно исследован в секционном зале), сколько осмотр окружающей обстановки и тех условий, при которых труп обнаружен.

• При повреждениях тупыми или острыми предметами следует искать возможное орудие травмы и следы, похожие на кровь. • При автотравме измеряют расстояние от трупа до автомашины, а при падении с высоты — расстояние до объекта, с которого предполагается падение. Кроме того, при транспортной травме выявляют наличие на транспортном средстве крови, волос и т.д., отмечают специфические загрязнения одежды (отпечаток протектора, следы машинного масла) и следы волочения на ней, а также признаки скольжения на подошвах. • При падении с высоты описывают поверхность, на которой лежит труп. • При повешении необходимо измерить расстояние от места прикрепления петли до пола или подставки, а также от стоп до пола, описать предметы, которые могли использоваться как подставки, и следы на них. • При сдавлении грудной клетки и живота описывают характер, размеры и положение сдавливающих предметов. • Если труп обнаружен в воде, следует указать, имеется ли пена вокруг рта и носа. •

При отравлениях обращают внимание на запахи в помещении и ищут материал для судебно-химического исследования: подозрительные пищевые продукты, остатки лекарств и химикатов, упаковки от них, шприцы, рвотные и каловые массы. • В случаях обнаружения замерзшего трупа описывают его позу, состояние поверхности под ним, иней у рта, носа и на ресницах, втягивание яичек. • При электротравме описывают фигуры молнии (которые могут исчезнуть через несколько часов) и вероятные источники тока, отмечают влажность в помещении. • При подозрении на криминальный аборт следует искать плаценту, плод и предметы, применяемые для аборта: бужи, спринцовки, химикаты. • При убийстве по сексуальным мотивам особое значение имеют поза трупа, положение и повреждения одежды. • При криминальном сожжении трупа описывают очаг — температуру, размеры, нагар, количество золы, которую берут на исследование.

Особенности осмотра места обнаружения трупа новорожденного обусловлены двумя моментами. Во-первых, тем, что чаще всего это труп младенца неизвестной матери. Во- вторых, место обнаружения трупа и место, где были роды, обычно не совпадают. Поэтому важно провести осмотр тех вещей, в которые завернут труп. Врач обязан целенаправленно искать на этих предметах вещественные доказательства — следы бывших родов: кровь, сыровидную смазку, меконий, околоплодные воды (подсохшие). Такие же следы ищут под трупом и на окружающих предметах, если это помещение, в котором могли происходить роды.

Здесь же необходимо обращать внимание на инструменты, емкости с жидкостями, шприцы, спринцовки, капсулы, ампулы из-под лекарств и др. При осмотре материала, в который завернут труп (обрывки одежды, тряпки, простыни, полотенца), могут быть метки из прачечной, вышитые инициалы, штампы детских домов, интернатов, больниц и других учреждений. На оберточной газете может быть указано ее название, адрес или просто номер квартиры, какие-либо другие пометки. Тщательно исследуют предметы упаковки (коробки, ящики и др.), характер и способ их перевязки, характер перевязочного материала (бинты, веревки, тряпки, проволока и др.), характер узлов.

Когда трупы обнаруживают на открытой местности, для которой характерна быстрая смена метеоусловий (снег, дождь, солнечно или пасмурно), необходима особая тщательность. В любое время года недостаточно фиксировать температуру воздуха вообще, ее следует измерять в месте обнаружения трупа.

Если труп извлечен из земли, то имеют значение характер грунта (песок, ил, чернозем, глина и др.), глубина захоронения трупа. При обнаружении на трупе как обширных, так и незначительных повреждений желательно уже на месте происшествия получить сведения о наличии и распространенности в данной местности мелких грызунов и птиц.

Если труп извлечен из воды, то необходимо измерить температуру воды, описать водоем (проточная ли вода, скорость течения), какая часть трупа погружена в воду.

Подробное описание обстановки и условий, при которых обнаружен труп, сопоставление их с характером трупных изменений помогают в решении одного из самых сложных вопросов — давности наступления смерти, давности родов и давности пребывания трупа в тех или иных условиях.

2. Устойчивость человека к низкой температуре больше, чем к высокой. Так, коагуляция белка не происходит даже при его замораживании. Тем не менее при низкой температуре нарушаются все биохимические реакции, поскольку многие ферментные системы могут работать только при определенных температурах, снижается биологическая активность тканей, нарушается их снабжение кислородом. Замедление биохимических процессов в тканях прямо пропорционально падению тканевой температуры. На холоде задерживается рост тканей, замедляется всасывание жидкостей, воспалительные процессы протекают

вяло. Поэтому действие холода на организм всегда одновременно и общее, и местное. Поражение наступает при длительном воздействии низкой температуры окружающей среды, при контакте со значительно охлажденными предметами или испарениями глубоко охлажденных жидкостей и газов. Местное действие низкой температуры усугубляют повышенная влажность, ветер, повреждения или заболевания пораженной части тела, наличие местных трофических расстройств, тесная обувь и одежда, адинамия. Общее повреждающее действие низкой температуры на организм во многом зависит от условий окружающей среды и состояния организма, прежде всего от его общей сопротивляемости. Среди внешних условий основное значение имеют влажность, ветер, наличие контакта с сильно охлажденным или увлажненным предметом. Так, смертельным считается пребывание в ледяной воде в течение 1 часа. Развитие общего охлаждения может ускориться при физическом переутомлении, истощении организма, тяжелых хронических заболеваниях, прежде всего обменного характера (диабет, микседема и др.), повреждениях, сопровождающихся шоком и кровопотерей, гипо- и адинамии, различных интоксикациях, в первую очередь при интоксикации этиловым алкоголем. Общее переохлаждение возникает в результате длительного действия низкой температуры на организм в целом. Оно развивается в тех случаях, когда из-за внешнего охлаждения теплоотдача усиливается выше обычных пределов при нормальной или сниженной теплопродукции. Длительность пребывания и температурный уровень, приводящие к смерти от общего переохлаждения, весьма варьируют. Общее переохлаждение может развиться и при плюсовой температуре воздуха (+4–6 °С и даже +10 °С). Более чем у 70% погибших от общего переохлаждения в биологических жидкостях находят этиловый алкоголь. Он способствует расширению сосудов кожи и тем самым усиливает радиационную и конвекционную теплоотдачу. Пострадавший субъективно ощущает тепло, у него складывается обманчивое представление о температурном комфорте, и он ничего не предпринимает для защиты от переохлаждения. Большие дозы алкоголя непосредственно угнетают функцию центров терморегуляции. Общее действие на организм низкой температуры вначале приводит к рефлекторному сужению периферических сосудов, замедлению дыхания, повышению мышечного тонуса, повышенному потреблению кислорода и усилению обмена веществ. Защита теплокровного организма от общего переохлаждения основана на централизации кровотока и перераспределении жидкости и электролитов в органах и тканях для уменьшения теплоотдачи, а также на увеличении теплопродукции за счет мышечной дрожи, усиления окислительных процессов, разобщения окисления и фосфорилирования. Охлаждение приводит к развитию стресс-реакции с активацией гипофиза и надпочечников у нетренированных к действию холода и к выбросу инсулина и тироксина у тренированных, с активацией анаэробного гликолиза и усилением экзотермических процессов за счет катаболизма высокоэнергетических фосфатов, углеводов, жиров и жирных кислот, а также белков. Эти механизмы ведут к истощению энергетических ресурсов и тканевой гипоксии. Повышение вязкости крови и агрегация ее форменных элементов, гиперкоагуляция и образование тромбов нарушают тканевый кровоток, усугубляя гипоксию тканей. Дальнейшее действие холода приводит к декомпенсации: при продолжающемся повышенном потреблении кислорода расширяются периферические кровеносные сосуды, температура тела и артериальное давление снижаются, интенсивность обмена веществ падает, угнетается функция коры, что сопровождается сонливостью, апатией и адинамией. Затем ослабляются зрачковые, периферические рефлексы и мышечный тонус, в дальнейшем исчезают и спинальные рефлексы. Снижение температуры тела уже до +26–27 °С может вызвать первичный паралич

дыхательного центра. Понижение температуры тела ниже +24–25 °С вызывает также фибрилляцию желудочков и смерть от острой сердечной недостаточности. Погибших от общего переохлаждения обычно находят в так называемой позе зябнущего человека. Поза может быть и другой, если смерть от общего переохлаждения наступает в состоянии алкогольного опьянения. Сосульки вокруг рта и носа, иней на ресницах образуются при длительном прижизненном пребывании на холоде. Следствием прижизненного действия низкой температуры являются гусиная кожа и отморожение открытых участков тела (морозная эритема). На трупах мужчин обращают внимание сморщенная пустая мошонка и яички, втянутые в паховые каналы. Этот признак впервые описан в 1847 г. русским врачом К.В. Пупаревым и назван его именем.

Смерть от переохлаждения наступает не по типу асфиксии. Об этом говорят следующие признаки:

• красноватые или розоватые трупные пятна; • алая кровь со свертками, особенно в левой половине сердца; • легкие часто среднего кровенаполнения и без кровоизлияний; • мочевой пузырь переполнен вследствие паралича его мускулатуры и холодового диуреза.

Все ткани, особенно легкие, при общем переохлаждении имеют выраженный розовато- красный оттенок, что отражает одну из особенностей танатогенеза — угнетение обменных процессов на фоне повышенного потребления кислорода. Розоватый оттенок трупных пятен связан также с посмертным взаимодействием O2 воздуха и гемоглобина в поверхностных скоплениях крови (трупные пятна). Медленный темп умирания при общем переохлаждении находит отражение в образовании свертков крови.

Повышение проницаемости сосудистых стенок обусловливает появление диапедезных кровоизлияний во внутренних органах. Их частный вариант — мелкие ярко-красные кровоизлияния в почечных лоханках. В 1955 г. они получили название «признак Фабрикантова».

Почти патогномоничными для общего переохлаждения считают «пятна Вишневского» — небольшие круглой и овальной формы красно-бурые кровоизлияния под слизистой оболочкой желудка, реже двенадцатиперстной кишки Эти кровоизлияния впервые описаны в 1895 г. русским судебным медиком С.М. Вишневским. В отличие от геморрагий иного происхождения, они поверхностны и легко смываются водой. В проекции кровоизлияний наблюдается некроз слизистой оболочки. Считают, что это геморрагические микроинфаркты, вызванные спазмом сосудов. При очень быстро развивающемся переохлаждении пятна Вишневского могут отсутствовать. При атрофическом гастрите наблюдаются глубокие кровоизлияния в стенку желудка, не снимающиеся ножом, и лишь единичные типичные пятна. При язвенной болезни пятна Вишневского множественные и концентрируются вокруг язвы. При рвоте типичные пятна исчезают — смываются, но обнаруживаются кровоизлияния в толще слизистой. Другие болезни, алкоголь, пища, пол и возраст не влияют на их появление. Пятна Вишневского сохраняются при захоронении трупа до нескольких месяцев.

Гистологическое исследование при прижизненном действии холода выявляет:

• ангиоспазм микроциркуляторного русла, в том числе в легких и в сердце; • отек стромы внутренних органов, мелкие кровоизлияния в них; • бронхоспазм; • острую эмфизему легких при отсутствии их отека; • слизь в дыхательных путях; • обилие гранул слизи в секреторных клетках эпителия и желез подслизистой бронхов; • спазм протоков печени и поджелудочной железы; • десквамацию нефротелия канальцев почек.

В других внутренних органах изменения проявляются лейкостазами в капиллярах и мелких венах. Морфологические критерии функционального напряжения коры

надпочечников, вызванного холодовым стрессом: очаговая делипоидизация и полнокровие, острого истощения — диффузная делипоидизация, множественные цитолизы и нарушения кровообращения.

Для общего переохлаждения характерно одновременное снижение или полное исчезновение в печени, миокарде и скелетной мускулатуре гликогена, глюкозы и молочной кислоты.

Низкая температура приводит к оледенению тканей, которое развивается только посмертно. Оледенение головного мозга сопровождается увеличением его объема, что в ряде случаев приводит к расхождению швов или растрескиванию черепа. Дифференциальная диагностика этих повреждений с прижизненными затруднена. Доказать посмертное происхождение переломов помогают отсутствие кровоизлияний в мягких покровах головы и непрямой механизм образования трещин.

К микроскопическим признакам оледенения трупа относятся:

• оптически пустые или заполненные бесструктурными массами щели в толще эпидермиса и под ним;

• игольчатые пустоты во внутренних органах; • пенистые структуры в альвеолах легких, канальцах яичек и протоках желез, что связано с замерзанием тканевых жидкостей и секретов и с образованием льдинок в тканях.

От повреждений кожи при отморожении эти изменения отличаются своим диффузным характером и полным отсутствием реактивных явлений.

Признак оттаивания трупа — быстро наступающая имбибиция органов и тканей вследствие гемолиза эритроцитов после бывшего оледенения их. Макроскопически этот признак проявляется алым цветом крови в сосудах, ярко-алыми пятнами на коже.

Основной вопрос судебно-медицинской экспертизы трупа при общем переохлаждении — установление причины смерти. Морфологических признаков смерти от переохлаждения не существует, а есть только признаки, свидетельствующие об общем воздействии холода на организм. Их обнаружение не доказывает, что смерть наступила именно от этой причины, поэтому, как и при воздействии высокой температуры, диагноз ставят методом исключения других возможных причин смерти.

Доказательство факта прижизненного действия холода основано на наличии характерной клинической картины и морфологических признаков, среди которых ведущими являются пятна Вишневского, низких или нулевых показателей гликогена, глюкозы и молочной кислоты в печени и мышцах. Определяя причину смерти, необходимо учитывать метеорологические данные и оценивать степень влияния факторов, отражающих состояние общей сопротивляемости организма. Обязательным является определение наличия и концентрации в организме этилового алкоголя. При концентрации винного спирта в крови до 3‰ говорят о способствующем влиянии алкоголя на наступление смертельного исхода. Обнаружение в крови этилового спирта в концентрации более 3‰ — основание для вывода о возможной конкуренции причин смерти (общего переохлаждения и острого отравления алкоголем).

Необходимо учитывать, что при развитии переохлаждения этанол используется как энергетический субстрат и его концентрация в крови падает. В случаях смерти от переохлаждения в состоянии выраженного алкогольного опьянения при судебно-химическом исследовании в крови могут находить очень низкое содержание алкоголя (в ряде случаев его вообще не обнаруживают), в то время как в моче этиловый спирт выявляется в значительном количестве. Для оценки степени интоксикации целесообразно исследовать другие жидкости, например, ликвор.

Несомненно, что суждение о наступлении смерти от общего переохлаждения возможно лишь при отсутствии признаков тяжелых повреждений, заболеваний и отравлений, которые могут быть самостоятельной причиной смерти.

3. Одной из новелл правовой регламентации правоотношений в сфере охраны здоровья стало закрепление в ФЗ №323 основополагающего перечня прав и обязанностей медицинских работников.

Так, в ст. 72 Закона определено право медицинских работников на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами РФ, в том числе право на создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием, в порядке, определенном законодательством РФ.

Реализация данного права медицинского работника базируется на фундаментальном принципе правового регулирования трудовых отношений: обеспечение права каждого работника на справедливые условия труда, в том числе на условия труда, отвечающие требованиям безопасности и гигиены, права на отдых, включая ограничение рабочего времени, предоставление ежедневного отдыха, выходных и нерабочих праздничных дней, оплачиваемого ежегодного отпуска (ст. 2 ТК РФ).

Как было указано ранее, медицинские работники — специальный субъект трудового права в силу специфики профессиональной деятельности, что обусловливает установление в законе особенностей трудовых правоотношений.

В частности, ст. 350 ТК РФ для медицинских работников установлены:

- сокращение рабочего времени для медработников, не более 39 ч в неделю. В зависимости от должности и (или) специальности продолжительность рабочего времени медицинских работников определена постановлением Правительства РФ от 14.02.2003 №101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности». Например, до 36 ч в неделю сокращено рабочее время медперсонала, непосредственно осуществляющего уход за ВИЧ-инфицированными пациентами, до 30 ч — медработников противотуберкулезных диспансеров и т.д.;
- возможность увеличения времени работы по совместительству на селе.

Особенности работы по совместительству медицинских работников определены в постановлении Минтруда России от 30.06.2003 №41 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры» во исполнение соответствующего поручения Правительства РФ (постановление Правительства РФ от 04.04.2003 №197 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры»).

Однако для медицинских работников организаций здравоохранения, проживающих и работающих в сельской местности и в поселках городского типа, эта продолжительность может быть увеличена. Так, постановлением Правительства РФ от 12.11.2002 №813 «О продолжительности работы по совместительству в организациях здравоохранения медицинских работников, проживающих и работающих в сельской местности и в поселках городского типа» установлена продолжительность работы по совместительству в организациях здравоохранения медицинским работникам, проживающим и работающим в сельской местности и в поселках городского типа, не более 8 ч в день и 39 ч в неделю;

- дополнительный отпуск отдельных категорий медработников.

Порядок и условия предоставления права на дополнительный отпуск определены специальными нормативными правовыми актами. Так, ст. 15 Федерального закона от 18.06.2001 №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в

Российской Федерации» установлено, что медицинские работники, непосредственно участвующие в оказании противотуберкулезной помощи, имеют право на дополнительный отпуск за работу в опасных для здоровья и тяжелых условиях труда. В соответствии с постановлением Правительства РФ от 06.06.2013 №482 «О продолжительности ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, предоставляемого отдельным категориям работников» продолжительность дополнительного отпуска работников, в трудовые (должностные) обязанности которых входит непосредственное участие в оказании противотуберкулезной помощи, составляет 14 календарных дней.

Постановлением Правительства РФ от 30.12.1998 №1588 врачам общей практики (семейным врачам) и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) установлен ежегодный дополнительный оплачиваемый 3-дневный отпуск за непрерывную работу в этих должностях свыше 3 лет.

Право на дополнительный отпуск предоставлено врачам-психиатрам, иным специалистам, медицинскому и другому персоналу учреждений здравоохранения, участвующим в оказании психиатрической помощи в соответствии со ст. 22 Закона РФ от 02.07.1992 №3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Конкретная продолжительность дополнительных отпусков определена постановлением Правительства РФ от 06.06.2013 №482 «О продолжительности ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, предоставляемого отдельным категориям работников». Так, отпуска продолжительностью 35 календарных дней предоставляют среднему и младшему медицинскому персоналу (кроме медицинского статистика), в трудовые (должностные) обязанности которых входит оказание психиатрической помощи.

Дежурства на дому. В целях реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в экстренной или неотложной форме медицинским работникам медицинских организаций с их согласия можно устанавливать дежурство на дому (ст. 350 ТК РФ). Дежурство на дому — пребывание медицинского работника медицинской организации дома в ожидании вызова на работу (для оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме). Время дежурства на дому учитывают в размере 1/2 часа рабочего времени за каждый час дежурства на дому. Общая продолжительность рабочего времени медицинского работника медицинской организации с учетом времени дежурства на дому не должна превышать норму рабочего времени медицинского работника медицинской организации за соответствующий период.

Особенности режима рабочего времени и учета рабочего времени при осуществлении медицинскими работниками медицинских организаций дежурств на дому определены приказом Министерства здравоохранения РФ от 02.04.2014 №148н «Об утверждении Положения об особенностях режима рабочего времени и учета рабочего времени при осуществлении медицинскими работниками медицинских организаций дежурств на дому».

Необходимо также отметить, что медицинские работники — специальные субъекты пенсионного обеспечения. В соответствии с подп. 20 п. 1 ст. 27 Федерального закона от 17.12.2001 №173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости предоставлено лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения не менее 25 лет в сельской местности и поселках городского типа и не менее 30 лет в городах, сельской местности и поселках городского типа либо только в городах, независимо от их возраста. В исполнение подп. 20 п. 1 и 2 ст. 27 названного Федерального закона

постановлением Правительства РФ от 29.10.2002 №781 утвержден список должностей и учреждений, деятельность в которых засчитывают в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения.

Право на профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством РФ. Общие условия правового регулирования проведения указанных мероприятий закреплены в разделе IX ТК РФ (ст. 196, 197). В соответствии со ст. 196 ТК РФ в случаях, предусмотренных федеральными законами, иными нормативными правовыми актами РФ, работодатель обязан организовать своевременное повышение квалификации работников, а также создать необходимые условия для совмещения работы с обучением, предоставить гарантии, установленные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, трудовым договором.

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 03.08.2012 №66н определены Порядок и условия совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях.

— Профессиональную переподготовку за счет средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством РФ, при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации. Данная гарантия очень важна, поскольку направлена на решение вопросов занятости медицинских работников, попавших в трудную жизненную ситуацию. Обязанность по профессиональной переподготовке осуществляет работодатель за счет собственных средств. Особенности реализации данного права определены ТК РФ.

— Прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации. Порядок аттестации определен приказом Министерства здравоохранения РФ от 23.04.2013 №240н «О Порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории».

— Право на стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности. Показатели качества и эффективности медицинской помощи могут быть использованы для дифференцированной оплаты труда медицинских работников. Труд медицинских и фармацевтических работников стимулируется посредством создания конкурентоспособных условий их профессиональной деятельности, обеспечения социальных гарантий, включая достойную заработную плату. Причем критерии для обеспечения стимулов к надлежащему обеспечению возложенных на работников обязанностей — уровень квалификации, специфика и сложность работы, объем и качество труда. Кроме того, определяющий фактор — конкретные результаты деятельности, отражающие соответствующий уровень профессионализма конкретного специалиста.

— Право на создание профессиональных некоммерческих организаций. Профессиональные некоммерческие организации создают в целях реализации и

защиты прав медицинских и фармацевтических работников, развития медицинской и фармацевтической деятельности, содействия научным исследованиям, решения иных связанных с профессиональной деятельностью медицинских работников и фармацевтических работников вопросов. Указанные работники имеют право на создание на добровольной основе профессиональных некоммерческих организаций, которые могут формироваться в соответствии с критериями, установленными ст. 76 ФЗ №323.

— Право на страхование риска своей профессиональной ответственности. Страхование профессиональной ответственности — эффективный механизм правовой и социальной защиты как пациентов, так и медицинского сообщества. Данный вид страхования позволяет переложить на страховщика расходы по возмещению ущерба жизни или здоровью, а также является эффективным инструментом разрешения конфликтных ситуаций в досудебном порядке, не затрагивая профессиональную репутацию врача и медицинской организации.

Рассмотренные права — базовые для всех медицинских работников, дополнительные гарантии и меры социальной поддержки медицинским и фармацевтическим работникам могут быть установлены Правительством РФ, органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления за счет соответственно бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов.

Безусловно, закрепление прав медицинских работников федеральным законом способствует развитию правового института статуса врача. Вместе с тем необходимо отметить, что в данной норме лишь систематизированы уже существующие гарантии медицинских и фармацевтических работников, предусмотренные трудовым законодательством и соответствующими подзаконными нормативноправовыми актами, принятыми в целях реализации той или иной нормы ТК РФ.

Как было отмечено ранее, составная часть правового статуса медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности — обязанности медицинских и фармацевтических работников. Федеральным законом №323 впервые разделены обязанности медицинских и фармацевтических работников и медицинских организаций.

Так, в соответствии со ст. 73 Закона медицинские работники обязаны:

— оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями. Данная норма непосредственно связана с профессиональными обязанностями медицинских работников, определяемыми трудовым законодательством. Должностная инструкция — важнейший организационно-правовой документ, занимающий одно из центральных мест в локальном регулировании трудовых отношений. Данный документ определяет функции, обязанности, права и ответственность работников медицинских организаций, и следовательно, в случае совершения дисциплинарного проступка следует прежде всего обратиться к тексту должностной инструкции, чтобы выяснить, какие правила нарушил работник и входило ли их исполнение в перечень вменяемых ему обязанностей. Это позволяет обосновать необходимость наложения взысканий при невыполнении или некачественном исполнении работником возложенных на него трудовых обязанностей.

Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения определяют в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.07.2010 №541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих» и используют как основу для

разработки должностных инструкций, содержащих конкретный перечень должностных обязанностей с учетом особенностей труда работников медицинских организаций;

— соблюдать врачебную тайну. Определение врачебной тайны и порядок ее разглашения закреплен ст. 13 ФЗ №323, правовые основы защиты которой рассмотрены ранее в главе, посвященной правам пациента. Медицинскому работнику следует помнить о том, что обязанность не разглашать врачебную тайну не зависит от указания этой обязанности отдельно либо в трудовом договоре, либо в должностной инструкции, так как данная обязанность уже закреплена действующим законодательством;

— совершенствовать профессиональные знания и навыки путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях в порядке и сроки, установленные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Соблюдение данной обязанности особенно актуально для сферы медицинской деятельности, так как непрерывно возникают новые технологии диагностики, методы лечения, и это одно из обязательных условий допуска к осуществлению медицинской деятельности. Направление сотрудников на курсы повышения квалификации отнесено законодателем к обязанности работодателя, при этом работникам предоставляют предусмотренные законом и локальными нормативными актами гарантии и компенсации, направленные на защиту их трудовых прав.

Совершенствование работниками профессиональных знаний и навыков осуществляется в виде повышения квалификации, профессиональной переподготовки, стажировки. Порядок и условия определены приказом Министерства здравоохранения РФ от 03.08.2012 №66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях»;

— назначать лекарственные препараты и выписывать их на рецептурных бланках (за исключением лекарственных препаратов, отпускаемых без рецепта на лекарственный препарат) в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Данный порядок в настоящее время определен приказом Минздрава России от 20.12.2012 №1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

— сообщать уполномоченному должностному лицу медицинской организации информацию, предусмотренную ч. 3 ст. 64 Закона об обращении лекарственных средств и ч. 3 ст. 96 ФЗ №323. Речь идет об обязанности сообщать обо всех случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению лекарственного препарата, о серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об особенностях взаимодействия лекарственных препаратов с другими лекарственными препаратами, которые были выявлены при проведении клинических исследований и применении лекарственных препаратов, а также обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, фактах и обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий (приказ Министерства здравоохранения РФ от 20.06.2012 №12н «Об утверждении

Порядка сообщения субъектами обращения медицинских изделий обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий»).

Рассмотренные нормы, закрепляющие права и обязанности медицинских работников, позволяют сделать вывод об особом трудоправовом статусе этой категории работников, что связано с особенностями осуществления профессиональной медицинской деятельности.

Билет № 17

1. Производство судебно-медицинской экспертизы по материалам дела.
2. Жировоск. Судебно-медицинское значение.
3. Права и обязанности медицинских организаций.

ОТВЕТ:

1. Судебно-медицинскую экспертизу по материалам дела проводят тогда, когда нет возможности непосредственно исследовать труп, живого человека или вещественное доказательство. Такая ситуация может сложиться после кремации трупа, уничтожения вещественного доказательства, если подозреваемый скрылся и т.п.

   Поводы к проведению судебно-медицинской экспертизы по материалам дела те же, что и для экспертизы трупа, живого человека и вещественного доказательства. Эти экспертизы проводят для определения причины смерти, роли травмы в наступлении смертельного исхода, степени вреда, причиненного здоровью человека, и проч.

   Экспертиза по материалам дела может быть первичной, но чаще бывает дополнительной или повторной. Ее проводят единолично или комиссионно в соответствии с общими юридическими требованиями к проведению любых экспертиз.

   Чаще всего при экспертизе по материалам дела исследуют медицинские документы:

   • историю болезни; • карту амбулаторного больного; • медицинские справки; • протокол патологоанатомического вскрытия трупа; • заключение первичной судебно-медицинской экспертизы и др.

   Источником сведений для судебно-медицинской экспертизы могут быть следственные документы (протокол осмотра места происшествия и трупа на месте его обнаружения, протокол осмотра транспортного средства, протокол осмотра и изъятия вещественного доказательства, протоколы допроса свидетелей, потерпевшего, обвиняемого и др.), а также материалы других экспертиз (криминалистической, инженерно-технической, судебно-химической и т.д.).

   Приступая к проведению экспертизы, врачу или комиссии экспертов необходимо внимательно изучить постановление следователя. В постановлении должны быть обязательно указаны причины, исключающие возможность предоставить эксперту

для непосредственного исследования живого человека, труп, вещественные доказательства.

Если эти сведения в постановлении отсутствуют, следует обратиться к следователю с письменным ходатайством о предоставлении этих объектов. Всегда следует стремиться к изучению подлинных документов. Если подлинники по каким-то причинам не могут быть представлены, следователь должен сослаться на эти причины в своем постановлении или официальном ответе на ходатайство эксперта. Копии документов, подлежащих экспертному исследованию, обязательно должны быть заверены следователем или руководителем учреждения, в котором они были составлены.

Целенаправленность изучения материалов дела определяется вопросами, содержащимися в постановлении следователя. Изучая эти вопросы и знакомясь с изложенной в постановлении фабулой дела, врач или комиссия экспертов уясняют задачи и составляют план проведения экспертизы.

При комиссионной экспертизе каждый член комиссии обязан лично изучить необходимые материалы дела. Нельзя считать правильной такую практику, когда материалы дела изучает только один из членов комиссии, который в последующем докладывает на заседании комиссии результаты своего изучения. Такое положение приводит к тому, что комиссия проводит экспертизу не по материалам дела, а по выпискам, сделанным одним из членов комиссии (докладчиком).

Врач или комиссия экспертов составляет заключение в соответствии с общими процессуальными требованиями. Во вводной части приводят необходимые сведения об экспертах, основания для проведения экспертизы, предоставленных материалах, подлежащих решению вопросах. В исследовательской части излагают те материалы дела, которые в дальнейшем послужат основанием для аргументации выводов.

Выписки из материалов дела приводят в виде цитат со ссылками на точное наименование и дату составления документа, на порядковый номер конкретного следственного или судебного дела. Выводы должны содержать полные и обоснованные ответы на все поставленные вопросы. Если при изучении материалов дела выявляются важные для дела факты, по которым не были поставлены вопросы, эксперты вправе отметить эти факты в своих выводах.

Наряду с изучением документов часто исследуют гистологические препараты, сохранившиеся предметы одежды, орудие травмы и другие вещественные доказательства.

2. Поздние трупные явления делят на разрушающие (гниение) и консервирующие (мумификация, жировоск, торфяное дубление).

Жировоск, или сапонификация, органов и тканей развивается в условиях повышенной влажности при отсутствии или недостаточном доступе воздуха. Идеальные среды для образования жировоска — вода, а также влажные глинистые почвы. Пребывание в таких условиях приводит к мацерации кожи трупа, что создает условия для проникновения воды в ткани и органы. При этом жир разлагается на глицерин, олеиновую, пальмитиновую и стеариновую кислоты.

Глицерин и олеиновая кислота вымываются из тканей, а пальмитиновая и стеариновая кислоты вступают в соединение с присутствующими в воде или влажной почве солями кальция и магния и образуют нерастворимые в воде мыла. Кроме того, по современным данным, гипоксия тканей приводит к перекисному окислению липидов мембран, продукты которого образуют на поверхности мембран стойкие комплексы с белками. Ткани, находящиеся в состоянии жировоска, имеют беловато-желтый или серовато-желтый цвет, сальный вид, прогорклый запах. Они плотны и внешне однородны. При микроскопическом

исследовании можно различить строение кожи, подкожной клетчатки, сосудистых контуров, скелетных мышц и соединительнотканную строму внутренних органов.

Первые заметные невооруженным глазом признаки жировоска появляются на слизистой оболочке желудка и тонкой кишки в виде рассеянных белесовато-желтых вкраплений круглой формы диаметром 2–3 мм. Эти изменения могут наблюдаться к концу первого месяца после смерти. В это же время начинается формирование жировоска в подкожной жировой основе. Через 3–4 мес явления жировоска хорошо выражены в мышцах и внутренних органах. Полное превращение тканей трупа в жировоск обычно происходит в течение года.

3. Обязательное условие осуществления медицинской деятельности — соблюдение правовых норм, регулирующих правоотношения между пациентом и медицинской организацией. В частности, в ФЗ №323 впервые детально определены права и обязанности медицинских организаций.

Медицинской организацией признается юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством РФ о лицензировании отдельных видов деятельности (ст. 2 ФЗ №323). К медицинским организациям приравнивают индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность. Положения ФЗ №323, регулирующие деятельность медицинских организаций, распространяют на иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, и применяют к таким организациям в части, касающейся медицинской деятельности.

Одна из новелл законодательства о здравоохранении — появление норм, закрепляющих права медицинской организации как юридического лица при осуществлении медицинской деятельности.

Так, в соответствии со ст. 78 ФЗ №323 медицинская организация обладает следующими правами:

— вносить учредителю предложения по оптимизации оказания гражданам медицинской помощи;

— участвовать в оказании гражданам РФ медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя базовую программу ОМС;

— выдавать рецепты на лекарственные препараты, справки, медицинские заключения и листки нетрудоспособности в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

— осуществлять научную и (или) научно-исследовательскую деятельность, в том числе проводить фундаментальные и прикладные научные исследования;

— создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах, с соблюдением установленных законодательством РФ требований о защите персональных данных и врачебной тайны.

Реализацию вышеперечисленных прав подкрепляют нормы федеральных законов и нормативных актов, принимаемых органами исполнительной власти.

В частности, в настоящее время действует ряд документов, регламентирующих порядок выдачи соответствующих рецептов на лекарственные препараты, справок, медицинских заключений и листов нетрудоспособности. Например, приказ Министерства здравоохранения РФ от 01.08.2012 №54н «Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления»; приказ Минздрава России от

20.12.2012 №1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».
Порядок выдачи листков нетрудоспособности закреплен приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29.06.2011 №624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности». Форма бланка листка нетрудоспособности утверждена приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.04.2011 №347н.
При осуществлении научной и (или) научно-исследовательской деятельности медицинские организации должны руководствоваться Федеральным законом от 23.08.1996 №127-ФЗ «О науке и государственной научно-технической политике», который дает общее представление о сущности научной работы, в том числе и в сфере здравоохранения. При этом следует отметить, что научную и (или) научно-техническую деятельность юридические лица осуществляют при условии, что научная и (или) научно-техническая деятельность предусмотрена их учредительными документами.
В настоящее время для осуществления информационных процессов повсеместно используют информационные системы, в том числе и в сфере здравоохранения. В связи с этим совершенствуется законодательство, определяющее механизм реализации права медицинских организаций на создание локальных информационных систем. В частности, приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.04.2011 №364 «Об утверждении концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» утверждена Концепция создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, в которой определены цель, принципы, общая архитектура, основные этапы создания информационной системы в сфере здравоохранения, механизм управления и ресурсного обеспечения ее создания и сопровождения, а также ожидаемый социально-экономический эффект.
Впервые отдельные нормы ФЗ №323 закрепляют порядок обработки информации в информационных системах в сфере здравоохранения, в которых осуществляются сбор, хранение, обработка и предоставление информации об органах, организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и об осуществляемой ими медицинской деятельности на основании представляемых ими первичных данных о медицинской деятельности (ст. 91 Закона). Указанной статьей определен круг субъектов, имеющих доступ к такой информации: уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, уполномоченные органы государственной власти субъектов РФ, организации, назначенные указанными органами, а также органы управления Федерального фонда и территориальных фондов ОМС в части, касающейся персонифицированного учета в системе ОМС.
Порядок ведения информационных систем, в том числе порядок и сроки представления в них первичных данных о медицинской деятельности, устанавливает уполномоченный федеральный орган исполнительной власти.
Данные, которые подлежат обработке в информационных системах в сфере здравоохранения, относят к категории персональных данных, следовательно, такая информация подлежит защите в соответствии с действующим законодательством. В целом общий порядок обработки и защиты информации определен Федеральным законом от 27.07.2006 №149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных». Кроме того, действует ряд подзаконных актов в данной сфере. Например, методические рекомендации для организации защиты

информации при обработке персональных данных в учреждениях здравоохранения, социальной сферы, труда и занятости (утверждены Министерством здравоохранения и социального развития РФ 23.12.2009).

Под общими обязанностями медицинских организаций понимают обязанности, которые характерны для любой медицинской организации, независимо от ее организационно-правового статуса и сферы медицинской деятельности. Такие обязанности перечислены в ч. 1 ст. 79 ФЗ №323. Они представляют собой большую часть всех обязанностей медицинских организаций.

Специальные обязанности предусмотрены только для медицинских организаций, которые участвуют в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Они установлены ч. 2 ст. 79 ФЗ №323. К ним относят обязанности медицинской организации:

— предоставлять пациентам информацию о порядке, объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

— обеспечивать оказание медицинской помощи гражданам в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

— обеспечивать проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска развития заболеваний и раннее их выявление;

— проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения.

Перейдем к рассмотрению общих обязанности медицинских организаций.

1. Оказание гражданам медицинской помощи в экстренной форме. Данная обязанность корреспондирует содержанию принципа недопустимости отказа в оказании медицинской помощи (ст. 11 ФЗ №323).

В соответствии с данным принципом медицинская организация и медицинский работник оказывают гражданину медицинскую помощь в экстренной форме безотлагательно и бесплатно. Согласно ст. 32 ФЗ №323, экстренная медицинская помощь — это медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента. Отказ в ее оказании недопустим, что обеспечено мерами юридической ответственности, которая может быть применена к медицинским организациям и медицинским работникам.

2. Осуществление медицинской деятельности в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи. Стандартизация во всем мире признана одной из главных составляющих системы управления качеством в здравоохранении, так как внедрение стандартов позволяет устанавливать научно и экономически обоснованные ориентиры качества продукции и услуг в медицине; обеспечивать равнодоступность эффективных и безопасных медицинских технологий и лекарственных средств; способствовать рациональному расходованию ресурсов; защищать права пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов; обеспечивать адекватное финансирование медицинской помощи.

Следует отметить, что в настоящее время правовое значение стандартов медицинской помощи определено ст. 10 ФЗ №323, в соответствии с которой доступность и качество медицинской помощи обеспечены применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. Более того, ч. 1 ст. 37 ФЗ №323 закрепляет, что медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для

исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации. Таким образом, наличие единых для всей территории РФ порядков и стандартов оказания медицинской помощи при наиболее распространенных и социально значимых заболеваниях и патологических состояниях — один из основных факторов создания системы качественной и доступной медицинской помощи.

3. Информирование граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

4. Предоставление пациентам достоверной информации об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях.

5. Информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети «Интернет», об осуществляемой медицинской деятельности и медицинских работниках медицинских организаций, об уровне их образования и квалификации.

Как было отмечено ранее, получение полной и достоверной информации в доступной форме обо всех аспектах, связанных с получением медицинской помощи — одно из важнейших прав пациента при получении медицинской помощи и одна из обязанностей медицинских работников при выполнении профессиональных обязанностей. Вместе с тем ФЗ №323 отдельно выделены обязанности по предоставлению информации не только медицинскими работниками, но и медицинскими организациями в целях эффективной реализации гражданином конституционного права на получение медицинской помощи. Для выполнения указанной обязанности медицинские организации обязаны размещать соответствующую информацию на информационных стендах и в сети «Интернет».

Согласно ст. 20 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», медицинская организация обязана размещать на своем официальном сайте в сети «Интернет» информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи.

Приказом ФОМС от 01.12.2010 №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» определены порядок и объем предоставляемой населению информации, а также предусмотрены штрафные санкции за ее отсутствие. Информация должна быть размещена в наглядной и доступной для пациентов форме, рядом с регистратурами, в холлах и приемных отделениях медицинских организаций.

Официальный сайт медицинской организации и информационный стенд должны содержать следующую информацию:

— режим работы медицинской организации;

— условия оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;

— виды оказываемой медицинской помощи;

— показатели доступности и качества медицинской помощи;

— перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;

— перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при

амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускают по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускают по рецептам врачей с 50% скидкой от свободных цен.

6. Соблюдение врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах. Персональные данные — составная часть информации, составляющей врачебную тайну. Медицинская организация должна соблюдать режим конфиденциальности информации, полученной при оказании медицинской помощи, основные правила защиты которой определены нормами ФЗ №323, Федерального закона от 27.07.2006 №149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

7. Обеспечение применения разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств. Качество предоставляемой медицинской помощи в медицинских организациях любой организационно-правовой формы обеспечивается не только своевременностью оказания медицинской помощи, но и правильностью выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, что должно способствовать достижению запланированного результата.

Ключевое требование — назначение и применение лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств только после прохождения процедуры государственной регистрации на территории РФ в порядке, установленным законодательством.

8. Обеспечение профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством РФ. Право на профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством РФ — основное право медицинских работников (ст. 72 ФЗ №323).

Общий порядок профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников установлен разделом IX ТК РФ (ст. 196—208).

В частности, в случаях, предусмотренных федеральными законами, иными нормативными правовыми актами РФ, работодатель обязан проводить повышение квалификации работников, если это обуславливает выполнение работниками определенных видов деятельности. Работникам, проходящим профессиональную подготовку, работодатель должен создавать необходимые условия для совмещения работы с обучением, предоставлять гарантии, установленные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, трудовым договором и т.д.

9. Информирование органов внутренних дел в порядке, установленном уполномоченными федеральными органами исполнительной власти, о поступлении пациентов, в отношении которых есть достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий. Предоставление сведений органам внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых есть достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий, — одно из оснований для разглашения сведений,

составляющих врачебную тайну, без согласия пациента и (или) его законного представителя (ст. 13 ФЗ №323). Порядок предоставления таких сведений устанавливает уполномоченный федеральный орган исполнительной власти. В настоящее время он утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17.05.2012 №565н «Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий».
В соответствии с данным приказом медицинские организации передают сведения в территориальные органы Министерства внутренних дел РФ (МВД России) по месту нахождения медицинской организации о поступлении (обращении) пациентов в случаях наличия у них следующих признаков причинения вреда здоровью:
- огнестрельные ранения, в том числе полученные при неосторожном обращении с оружием и боеприпасами;
- ранения и травмы, полученные при взрывах и иных происшествиях, расследование которых отнесено к компетенции органов внутренних дел;
- колотые, резаные, колото-резаные, рваные раны;
- переломы костей, гематомы, ушибы мягких тканей;
- гематомы внутренних органов;
- ушибы, сотрясения головного мозга;
- повреждения, связанные с воздействием высоких или низких температур, высокого или низкого барометрического давления;
- механическая асфиксия;
- поражения электрическим током;
- состояния, вызванные воздействием токсичных, ядовитых и психотропных веществ;
- признаки проведения вмешательства с целью искусственного прерывания беременности (аборта) вне медицинской организации, имеющей соответствующую лицензию;
- признаки изнасилования и (или) иных насильственных действий сексуального характера;
- истощение;
- иные признаки причинения вреда здоровью, в отношении которых есть основания полагать, что они возникли в результате противоправных действий.
Руководитель медицинской организации организует работу по передаче в территориальные органы МВД России сведений о фактах поступления (обращения) пациентов, в отношении которых есть достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий, и назначает медицинских
работников, ответственных за своевременное информирование территориальных органов МВД России о фактах поступления (обращения) таких пациентов.
При выявлении у пациента указанных выше признаков и наличии достаточных оснований полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий, назначенный медицинский работник передает информацию об этом в территориальный орган МВД России телефонограммой с последующим направлением в течение 1 рабочего дня письменного извещения о поступлении (обращении) указанного пациента. Извещение подписывает руководителем медицинской организации или один из его заместителей с заверением круглой печатью медицинской организации.
Соответствующие сведения вносятся в журнал регистрации сведений о фактах поступления (обращения) пациентов, в отношении которых есть достаточные

основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий.

10. Осуществление страхования на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи в соответствии с федеральным законом. Право на страхование риска своей профессиональной ответственности — одно из прав медицинских работников, закрепленных ст. 72 ФЗ №323, реализация которого направлена на создание эффективного механизма правовой и социальной защиты как пациентов, так и медицинского сообщества.

Данный вид страхования позволяет переложить на страховщика расходы по возмещению ущерба жизни или здоровью, а также является эффективным инструментом разрешения конфликтных ситуаций в досудебном порядке, не затрагивая профессиональную репутацию врача и медицинской организации.

Вместе с тем в настоящее время медицинская организация может застраховать ответственность на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи только в добровольном порядке.

11. Введение медицинской документации в установленном порядке и представление отчетности по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

12. Обеспечение учета и хранения медицинской документации, в том числе бланков строгой отчетности. При осуществлении медицинской деятельности медицинским организациям необходимо руководствоваться нормативными актами исполнительных органов власти, устанавливающими порядок ведения медицинской документации. К ним относят:

— приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.12.2014 №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»;

— приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22.11.2004 №255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»;

— приказ Минздрава России от 13.11.2003 №545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации»;

— приказ Минздрава России от 30.12.2002 №413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации»;

— приказ Минздрава России от 12.08.2003 №402 «Об утверждении и введении в действие первичной медицинской документации врача общей практики (семейного врача)» и др.

Соблюдение установленного законодательством порядка ведения, хранения, учета медицинской документации имеет большое юридическое значение. Оно заключено прежде всего в том, что медицинские документы удостоверяют определенные факты и события, являющиеся источником доказательств по делу о привлечении медицинского работника к тому или иному виду юридической ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи.

Кроме того, первичная медицинская документация — основной документ экспертной оценки наличия или отсутствия дефектов оказания медицинской помощи, объект проведения судебно-медицинской экспертизы. Характер и степень выявленных дефектов ведения медицинской документации — кардинальный момент в решении вопроса о возможности оценки дефектности самой медицинской помощи.

В частности, приказ ФОМС от 01.12.2010 №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому

страхованию» содержит раздел, определяющий дефекты оформления первичной медицинской документации, при наличии которых на медицинскую организацию налагают штрафные санкции.

Вышеуказанным нормативным актом к дефектам оформления первичной медицинской документации относят следующее.

— Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, без объективных причин.

— Отсутствие в первичной документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение в установленных законодательством РФ случаях.

— Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картины заболевания).

— Несоответствие даты оказания медицинской помощи, зарегистрированной в первичной медицинской документации и реестре счетов, табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).

— Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:

■ включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией;

■ несоответствие сроков лечения застрахованного лица в первичной медицинской документации и в реестре счета.

13. Проведение мероприятий по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний, внедрение безопасных методов сбора медицинских отходов и обеспечение защиты от травмирования элементами медицинских изделий. Указанную обязанность медицинских организаций относят к реализации права работников на охрану труда. Меры по организации охраны труда в медицинских организациях должны осуществляться в соответствии с главами 35, 36 ТК РФ. К ним относят:

— меры, связанные, с обязательным социальным страхованием от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

— обеспечение средствами индивидуальной и коллективной защиты в соответствии с требованиями охраны труда за счет средств работодателя;

— получение компенсаций в случае, если работник занят на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также на работах, выполняемых в особых температурных условиях или связанных с загрязнением и т.п.

14. Обеспечение условий для проведения независимой оценки качества оказания услуг. Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями — одна из форм общественного контроля, ее проводят в целях предоставления гражданам информации о качестве оказания услуг медицинскими организациями, а также в целях повышения качества их деятельности. Порядок ее осуществления определен положениями ст. 79.1 ФЗ №323.

Под независимой оценкой качества работы медицинских организаций понимают оценку деятельности таких организаций в соответствии с критериями и показателями оценки и составление рейтингов медицинских организаций. Для организации проведения независимой оценки качества формируют общественные

советы (ч. 4 ст. 79.1 ФЗ №323). Независимую оценку качества оказания услуг медицинскими организациями проводят не чаще чем 1 раз в год и не реже чем 1 раз в 3 года.

Оценку условий оказания услуг проводят по следующим общим критериям:

— открытость и доступность информации о медицинской организации;

— комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения; время ожидания предоставления медицинской услуги;

— доброжелательность, вежливость, компетентность работников медицинской организации;

— удовлетворенность оказанными услугами (ч. 2 ст. 79.1 ФЗ №323).

Показатели, характеризующие общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, в отношении которых проводят независимую оценку, устанавливает уполномоченный федеральный орган исполнительной власти с предварительным обсуждением на общественном совете (утверждено приказом Министерства здравоохранения РФ от 28.11.2014 №787н).

Информацию о результатах независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями размещают на официальных сайтах и в сети «Интернет». Состав информации о результатах независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями и порядок ее размещения на официальном сайте для размещения информации о государственных и муниципальных учреждениях в сети «Интернет» определяет уполномоченный Правительством РФ федеральный орган исполнительной власти (утверждено приказом Минфина России от 22.07.2015 №116н).

Медицинские организации обязаны обеспечить на своих официальных сайтах в сети «Интернет» техническую возможность выражения мнений пациентами о качестве оказания услуг медицинскими организациями.

В настоящее время состав информации, необходимой для проведения независимой оценки качества, и требования к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций определены приказом Министерства здравоохранения РФ от 30.12.2014 №956н.

В соответствии с данным приказом на официальных сайтах медицинских организаций в сети «Интернет» размещают следующую информацию:

— о медицинской организации: полное наименование, место нахождения, почтовый адрес, схема проезда; дата государственной регистрации, сведения об учредителе (учредителях); структура и органы управления; режим и график работы; правила внутреннего распорядка для потребителей услуг; контактные телефоны, номера телефонов справочных служб, адреса электронной почты; график приема граждан руководителем медицинской организации и иными уполномоченными лицами с указанием телефона, адреса электронной почты;

— об адресах и контактных телефонах органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

— о страховых медицинских организациях, с которыми заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

— о правах и обязанностях граждан в сфере охраны здоровья;

— о медицинской деятельности медицинской организации:

■ наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (с приложением электронного образа документов);

■ видах медицинской помощи;

■ возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

■ порядке, объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

■ показателях доступности и качества медицинской помощи, установленных в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год;

■ сроках, порядке, результатах проводимой диспансеризации населения в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь и имеющей прикрепленное население;

■ правилах записи на первичный прием/консультацию/обсле- дование;

■ правилах подготовки к диагностическим исследованиям;

■ правилах и сроках госпитализации;

■ правилах предоставления и перечне оказываемых платных медицинских услуг;

■ ценах (тарифах) на медицинские услуги;

— о медицинских работниках медицинской организации, включая филиалы (при их наличии):

■ фамилия, имя, отчество, должность; график работы и часы приема;

■ сведения из документа об образовании (уровень образования, организация, выдавшая документ об образовании, год выдачи, специальность, квалификация) и сертификата специалиста (специальность, соответствующая занимаемой должности, срок действия);

— о вакантных должностях;

— о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения;

— о перечне лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также лиц после трансплантации органов и (или) тканей;

— о перечне лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций;

— о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускают по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускают по рецептам врачей с 50% скидкой;

— об отзывах потребителей услуг;

— иная информация, которую размещают, опубликовывают по решению учредителя и (или) руководителя медицинской организации и (или) размещение, опубликование которой обязательно в соответствии с законодательством РФ.

Приказом установлены требования к размещению информации. В частности, она должна быть доступна пользователям для ознакомления круглосуточно без взимания платы и иных ограничений. Сведения публикуют в наглядном, понятном виде, в том числе в форме открытых данных. При этом обеспечивают открытость,

актуальность, полноту, достоверность информации, простоту ее восприятия. Должны быть карта сайта для удобства навигации по нему, работоспособный поиск по сайту, версии для слабовидящих, а также другие возможности для удобной работы пользователей сайта.

На официальных сайтах должна быть предусмотрена возможность выражения мнений получателями медицинских услуг о качестве их оказания (анкетирование).

Билет № 18

1. Клинико-морфологическая характеристика ушибленной раны.
2. Характеристика входного огнестрельного отверстия.
3. Характеристика состава преступления.

ОТВЕТ:

1. Рана — это механическое повреждение наружных покровов, распространяющееся глубже сосочкового слоя кожи. При глубоких повреждениях иногда говорят о мышечной или костной ране, ране головного мозга и т.п.

Раны, образующиеся от действия тупых твердых предметов, подразделяются на:

• ушибленные; • рваные;

• ушибленно-рваные.

Ушибленные раны возникают от удара, рваные — от растяжения, ушибленно-рваные — от сочетания обоих механизмов (чаще всего такие раны возникают от удара тупым предметом, действующим под углом).

Общие признаки ушибленной раны:

• неровные, осадненные, кровоподтечные, нередко размозженные края раны с вывороченными волосяными луковицами; • наличие непересеченных волос; • отсутствие строго линейной формы раны; • тупые концы; • небольшая глубина; • наличие белесоватых соединительнотканных перемычек (фасциальных мостиков) между краями; • медленное заживление и наклонность к нагноениям

Концы размозженных сосудов быстро тромбируются, поэтому кровотечение обычно бывает незначительным. Рваная рана, за исключением неровности краев и неправильности формы, может не обладать этими признаками.

Экспертное значение рваной раны исчерпывается, как правило, определением вида травмирующего воздействия (растяжения). Ушибленная рана обладает несравненно большей судебно-медицинской информативностью.

Хотя ушибленные раны могут образовываться на любом участке поверхности тела, все- таки чаще всего их находят там, где к поверхности кожи близко прилежит кость, например, на голове.

Предметы с неограниченной травмирующей поверхностью образуют ушибленные раны, окруженные широким сплошным осаднением. Оно наиболее выражено в центральных отделах, а к периферии теряет свою интенсивность. Края его неровные и плавно переходят в неповрежденную кожу. Рана может иметь разнообразные формы (прямолинейную, трехлучевую и др.), которые определяются строением подлежащей кости. В центре раны выделяется участок наибольшего размозжения мягких тканей, от которого в стороны отходит несколько разрывов с относительно острыми концами. Дно разрыва представлено широкими соединительнотканными перемычками, в центре дна — размозженные мягкие ткани. Над дном раны нередко нависают неповрежденные волосы.

Характер ушибленных ран, возникающих от действия ограниченной поверхности тупого предмета, во многом зависит от ее формы и размеров. Общие размеры таких ран не выходят за пределы травмирующей поверхности предмета. Ребро тупого предмета причиняет раны прямолинейные, квадратная и прямоугольная травмирующие поверхности образуют раны Г- или П-образные, треугольная — углообразную, круглая и овальная — С- образную формы. Края таких ран обычно имеют узкое осаднение. Дно ран углублено, соединительнотканные перемычки узкие, представлены отдельными волокнами и наблюдаются в основном в области концов ран.

В экспертной практике иногда наблюдаются ошибки при распознавании ран, нанесенных ребром тупогранного предмета. Эти раны имеют большое сходство с рублеными, за которые они иногда и принимаются. Однако края ран от тупогранного предмета никогда не бывают такими гладкими и ровными, как края рубленых или резаных ран. Наличие перемычек между краями раны также исключает ее происхождение от острого предмета.

становить степень остроты травмирующего предмета позволяет и гистологическое исследование краев раны, выявляющее микроскопические осаднения, кровоподтеки и области размозжения.

Кроме того, при взаимодействии частицы травмирующего предмета и загрязнения с его поверхности попадают в рану и могут быть обнаружены с помощью лупы или при микроскопическом исследовании, а частицы крови и поврежденных тканей остаются на предмете и могут быть выявлены на нем цитологическими методами.

Стенки ран, возникающих от перпендикулярного удара, отвесны. При ударе под углом одна из стенок раны скошена, другая подрыта.

Тупые предметы, действующие сферической или цилиндрической поверхностью, причиняют прямолинейные раны с дополнительными разрывами краев. Их окружает относительно широкое осаднение. Края таких ран нередко размозжены.

2. На неблизкой дистанции могут образовываться сквозные, слепые и касательные пулевые ранения. Сквозным пулевым называют ранение, имеющее входную и выходную огнестрельные раны, соединенные раневым каналом. Сквозные ранения возникают от действия пули, обладающей большой кинетической энергией, либо при ранении небольших частей тела или только мягких тканей.

Типичная входная огнестрельная рана небольших размеров, округлой формы, в центре ее дефект кожи, который имеет вид конуса, вершиной обращенного внутрь, края неровные с короткими радиальными разрывами поверхностных слоев кожи, не выходящими за пределы пояска осаднения, окружающего дефект. Наружный диаметр пояска осаднения примерно равен калибру огнестрельного снаряда. Поверхность пояска осаднения загрязнена металлом поверхности пули. Отсюда и другие его названия: поясок загрязнения, поясок металлизации, поясок обтирания. Выходные огнестрельные раны более вариабельных форм, размеров и характера краев, им обычно не свойственны поясок осаднения и поясок металлизации. Дефект в области выходной раны обычно отсутствует, изредка имеет форму конуса, обращенного вершиной наружу. Выворачивание наружу более типично для краев выходного отверстия, но наблюдается и во входном из-за обратного выброса поврежденных тканей, сильного кровотечения, трупной эмфиземы и выделения из раны гнилостного содержимого. В то же время края выходного отверстия могут оказаться втянутыми внутрь вследствие сокращения поврежденной кожи, тесно связанной с подлежащими тканями.

Дифференциальная диагностика входной и выходной огнестрельных ран должна основываться на сравнительной оценке всей совокупности признаков.

При действии колющих предметов по краю повреждения одежды и раны также могут образоваться поясок осаднения и поясок загрязнения (обтирания), связанные

с неровностями и загрязнением поверхности колющего предмета. Отличием от огнестрельных повреждений служит отсутствие пули или дробин при слепых ранениях, дефекта ткани, зон ушиба ткани, а также копоти выстрела на пояске обтирания.

Дифференциальной диагностике входной и выходной ран способствует характер огнестрельных переломов костей по ходу раневого канала. Основной отличительный признак входного огнестрельного повреждения на плоских костях черепа — скол внутренней костной пластинки, образующий воронкообразный дефект, расширяющийся в направлении полета пули. Выходное огнестрельное повреждение характеризуется сколом наружной костной пластинки. В эпифизах длинных трубчатых костей образуется дырчатый раневой канал. Поврежденные балки губчатого вещества отклонены в направлении полета пули.

Огнестрельные переломы диафизов длинных трубчатых костей обычно представляют собой протяженный участок мелко- и крупнооскольчатых переломов. Если осколкам придать первоначальное положение, то со стороны входа пули будет виден круглый дефект с радиально отходящими трещинами, которые на боковых поверхностях кости образуют крупные осколки. Со стороны выхода пули обнаруживают крупный костный дефект, от его краев — преимущественно вдоль длинника кости — отходят множественные трещины.

Косвенный признак, указывающий на локализацию входной и выходной огнестрельных ран, — «дорожка костных осколков», отходящая от кости в направлении выходной раны и обычно хорошо заметная на рентгенограммах.

Дополнительные факторы выстрела в пределах близкой дистанции оказывают различное действие в зависимости от расстояния между дульным срезом оружия и поражаемым объектом.

В этой связи выделяют:

• выстрел в упор, когда дульный срез оружия в момент выстрела соприкасается с поверхностью одежды или поражаемой частью тела, и • три условные зоны, когда дульный срез в момент выстрела находится на некотором расстоянии от поражаемого объекта:

– первая — преимущественного механического действия пороховых газов; – вторая — выраженного действия копоти выстрела, порошинок и металлических частиц; – третья — отложения порошинок и металлических частиц.

При выстреле в упор под прямым углом к поверхности повреждаемой части тела основная масса вылетающих из канала ствола пороховых газов, действуя компактно, пробивает кожу, затем, расширяясь, отслаивает ее и с силой прижимает к дульному концу оружия. В результате возникает ссадина или кровоподтек, повторяющие форму и размеры дульного конца оружия. Такое повреждение называют штампом-отпечатком (штанцмаркой).

Иногда по краям входного отверстия образуются дополнительные разрывы кожи. Они часто наблюдаются при выстрелах в упор в область мозгового черепа, относительно

редко — при выстрелах в области тела со значительным массивом мягких тканей, и практически не встречаются при выстрелах в упор в живот и грудную клетку. Такая локализация связана с неспособностью газов преодолеть сопротивление костной ткани, в результате чего вся их энергия идет на разрыв кожи.

Вместе с пороховыми газами в раневой канал устремляются копоть выстрела, порошинки и металлические частицы. Проникая в раневой канал, пороховые газы взаимодействуют с богатыми кровью тканями и образуют карбоксигемоглобин, метгемоглобин и др. Если пороховые газы достигают полостей и полых органов, то, резко расширяясь, они способны вызвать обширные разрывы ткани внутренних органов.

Описанный механизм служит основой для понимания принципа образования следующих морфологических признаков выстрела в упор:
• большой дефект кожи, превышающий калибр огнестрельного снаряда, как следствие пробивного действия пороховых газов; • отслойка кожи по краям входной огнестрельной раны, разрывы краев кожи как результат проникновения пороховых газов под кожу и их разрывного действия; • ссадина или кровоподтек в виде штамп-отпечатка дульного конца оружия; • обширные разрывы внутренних органов как последствие разрывного действия пороховых газов, проникших в полости или полые органы; • разрывы кожи в области выходной раны при повреждении тонких частей тела (пальцы, кисть, предплечье, голень, стопа) в результате разрывного действия пороховых газов; • наличие копоти в глубине раневого канала при отсутствии ее на поверхности поврежденной кожи; • светло-красная окраска мышц в зоне входной раны из-за химического действия пороховых газов.
Ввиду конструктивных особенностей дульного конца ствола некоторых образцов оружия (окна-отверстия для отвода пороховых газов, кососрезанный дульный конец и др.) отдельные признаки выстрела в упор могут отсутствовать.
При выстреле в упор под некоторым углом к поверхности поврежденной части тела основная масса пороховых газов, копоти, порошинок все-таки проникает в раневой канал, однако часть этих дополнительных факторов выстрела оказывает повреждающее действие на поверхность кожи вблизи раны, что приводит к образованию односторонних разрывов кожи и эксцентричному отложению копоти и порошинок вблизи краев входной огнестрельной раны.
В ряде случаев эксцентричное, бабочковидное, трех- или шестилепестковое расположение копоти вблизи от краев огнестрельной раны определяется конструкцией дульного конца некоторых образцов оружия (наличие дульно-тормозного устройства, пламегасителя и др.).
В первой зоне близкого выстрела входная огнестрельная рана формируется за счет разрывного и ушибающего действий пороховых газов и пробивного действия пули. Края раны могут иметь разрывы. Если разрывов нет, то рана бывает окружена широким кольцевидным осаднением (ушибающее действие газов). Действие пороховых газов в I зоне ограничивается повреждением кожи и не распространяется в глубину раневого канала.
Вокруг раны — интенсивное отложение темно-серой, почти черной копоти и порошинок.
Площадь отложения копоти и порошинок увеличивается по мере роста расстояния от дульного среза оружия до поражаемого объекта в момент выстрела. Соответственно площади отложения копоти может проявиться термическое действие пороховых газов в виде опаления пушковых волос или волокон ткани одежды. Вокруг входной раны при использовании ультрафиолетовых лучей могут быть обнаружены брызги ружейной смазки в виде множественных люминесцирующих мелких пятен. Протяженность первой зоны зависит от мощности используемого образца оружия: для пистолета Макарова эта зона составляет около 1 см; для автомата Калашникова калибра 7,62 мм — до 3 см; для винтовки — около 5 см.
Во второй зоне близкого выстрела рана формируется только пулей. Вокруг входной раны откладываются копоть, порошинки, металлические частицы, брызги ружейной смазки. По мере увеличения расстояния от дульного среза ствола оружия до поражаемого объекта площадь отложения дополнительных факторов выстрела увеличивается, а интенсивность цвета копоти снижается. Для многих образцов современного огнестрельного ручного оружия вторая зона близкого выстрела простирается до 25–35 см. Копоть и порошинки летят и в направлении,

противоположном направлению выстрела, оседая на стрелявшем, окружающих его людях и предметах в радиусе 30–50, а иногда и 100 см. При выстрелах из охотничьих ружей копоть откладывается на большей площади и при большем расстоянии выстрела (до 40–50 см). У спортивного оружия площадь закопчения и расстояние выстрела, при котором откладывается копоть, меньше. Центральная зона копоти при выстреле из малокалиберного ружья иногда имеет форму креста, соответственно четырем нарезам канала ствола, что может служить диагностическим признаком для определения вида оружия. Принимая во внимание то, что характер отложений копоти, порошинок и металлических частиц зависит от многих факторов, для определения расстояния выстрела в каждом конкретном случае проводят экспериментальную стрельбу с соблюдением условий происшествия и сравнивают ее результаты с характером исследуемого повреждения.

Для доказательства наличия копоти бездымного пороха необходимо использовать дополнительные исследования (метод цветных отпечатков, рентгенографический, спектральный и гистологический).

Обычная обзорная рентгенография обладает невысокой разрешающей способностью.

Поэтому предпочтительнее пользоваться аппаратурой с микрофокусными рентгеновскими излучателями, которые позволяют получать увеличенное изображение объекта. На рентгенограммах с 7-кратным прямым увеличением изображения четко выявляются форма дефекта кожи, своеобразный волнистый характер краев с мелкими дополнительными разрывами и раневым каналом, представленным, кроме входной раны, деструктивно- измененными тканями и повреждением со стороны подкожной жировой основы, как правило, больших размеров, чем повреждение со стороны поверхности кожи.

При гистологическом исследовании кожи из области входной раны обнаруживаются даже единичные частицы копоти и зерна пороха, в том числе проникшие в дерму, а также волокна одежды и другие микроскопические фрагменты преград, обнаружение которых является признаком входного отверстия. Зерна бездымного пороха на гистологических препаратах имеют вид полупрозрачных желтовато-серых или зеленоватых включений округлой, овальной, палочковидной или иной формы с четкими контурами, часто окруженных черной каемкой; гистологические краски они не воспринимают. Если препараты изготавливались методом заливки в парафин или целлоидин, то пороховые зерна при обработке срезов растворяются, и на готовых препаратах вместо зерен видны пустоты, стенки которых покрыты черным налетом. Для обнаружения порошинок при изготовлении срезов рекомендуется пользоваться методом заливки в желатин или замораживающим микротомом.

При употреблении патронов с черным порохом порошинки, обнаруживаемые в гистологических препаратах, имеют вид черных округлых комочков или частиц неправильной формы.

Выявление следов металла и установление его природы можно произвести с помощью метода цветных отпечатков, спектрографически или в гистологических препаратах посредством специальных окрасок. Возможно также микрофотографирование гистологического препарата в инфракрасных лучах. При этом на фотоснимке могут выявляться частицы копоти, которые не были различимы в препаратах при обычном микроскопическом исследовании. В третьей зоне близкого выстрела рана формируется только пулей. Вокруг нее откладываются порошинки и металлические частицы. При выстрелах из пистолета Макарова эти частицы могут обнаруживаться на мишени на большом расстоянии — до 150 см от дульного среза, автомата Калашникова — до 200 см, винтовки —

до 250 см. На горизонтальной поверхности частицы находят на расстоянии до 6–8 м. По мере увеличения дистанции число порошинок и металлических частиц, достигающих поражающего объекта, становится все меньше и меньше. На предельных дистанциях, как правило, обнаруживают единичные частицы.

3. В теории уголовного права и практике уголовного судопроизводства составом преступления называется совокупность установленных уголовным законом объективных (объект и объективная сторона) и субъективных (субъект и субъективная сторона) признаков, характеризующих определенное общественно опасное деяние как преступление.

   Признаки состава преступления делятся на две группы: обязательные – те, которые присущи каждому составу, без них невозможно наличие ни одного состава; и факультативные — это те, которые для одних составов являются обязательными, а для других — нет, хотя могут оказывать значительное влияние при назначении наказания (являться смягчающими или отягчающими обстоятельствами).

   Состав преступления включает в себя 4 элемента:

   1) объект преступления;

   2) объективная сторона преступления;

   3) субъект преступления;

   4) субъективная сторона преступления.

   Объект преступления — это охраняемые уголовным законом интересы, т.е. то, на что направлено преступное деяние. Например, при убийстве — жизнь человека, при неоказании помощи больному — здоровье или жизнь человека и т.д.

   Объективная сторона преступления — внешняя форма проявления преступного деяния (общественно опасного действия или бездействия), его вредные результаты, причинно-следственная связь между деянием и наступившими последствиями (преступным результатом).

   Преступление может быть совершено как в виде акта активного общественно опасного поведения, запрещенного уголовным законом (преступное действие), так и в виде акта запрещенного уголовным законом пассивного общественно опасного поведения (преступное бездействие).

   Для большинства составов преступления обязательно наличие общественно опасных последствий деяния. Такие преступления в теории уголовного права именуются преступления с материальным составом. Например, с объективной стороны неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ) характеризуется деянием в форме бездействия (неоказание помощи больному), особой обстановкой совершения преступления (отсутствием уважительных причин неоказания помощи), последствием (причинением средней тяжести вреда здоровью больного) и причинно-следственной связью между общественно опасным деянием и последствием.

   Состав преступления, объективную сторону которого составляет только сам факт совершения общественно опасного деяния (без последствий) является формальным. Например, объективная сторона незаконного производства аборта (ч. 1 ст. 123 УК РФ) представлена самим фактом проведения операции по искусственному прерыванию беременности лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля (т.е. только действием без последствий).

   Объективная сторона преступления включает также факультативные признаки — место, время, обстановка, способ и средства совершения преступного деяния.

   Субъективные признаки состава преступления представлены субъектом и субъективной стороной.

   Субъект преступления — это физическое вменяемое лицо, которое совершило общественно опасное противоправное деяние.

Согласно ст. 20 УК РФ уголовная ответственность за совершение преступления наступает с 16-летнего возраста. За отдельные преступления, исчерпывающий перечень которых приведен в ч. 2 ст. 20 УК РФ (например, убийство (ст. 105), хищение наркотических средств и психотропных веществ (ст. 229) и др.), уголовная ответственность наступает с 14 лет.

Субъектом преступления может быть только физическое лицо (но не юридическое лицо), так как уголовная ответственность всегда персональная. Например, за нарушение правил охраны окружающей среды при строительстве либо эксплуатации промышленных объектов уголовную ответственность будет нести не предприятие, а конкретные лица, которые в силу закона, должностного положения или поручения, являлись ответственными за соблюдение этих правил. Не могут быть субъектом преступления механизмы, вещи, животные.

К уголовной ответственности могут быть привлечены только вменяемые лица.

Вменяемость — это такое состояние психики, при котором человек в момент совершения общественно опасного деяния может осознавать значение своих действий (бездействия) и руководить ими.

В соответствии с ч. 1 ст. 21 Уголовного кодекса РФ уголовной ответственности не подлежит лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т.е. не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики.

Как следует из вышеуказанной нормы, формула невменяемости включает в себя два критерия — юридический и медицинский (биологический).

Юридический критерий невменяемости выражается в неспособности лица сформировать необходимое интеллектуальное и волевое отношение к совершаемому им деянию.

Медицинский критерий невменяемости является причиной наличия юридического критерия и характеризуется наличием у лица определенного состояния психического расстройства: хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики.

Существуют также так называемые пограничные состояния, когда виновное лицо, страдая каким-либо психическим заболеваниям (психопатии, последствия черепно-мозговых травм, неглубокие степени умственной отсталости, а также выраженные алкоголизм и наркомания без отягощенности другими психическими расстройствами), было вменяемым в момент совершения преступления. Однако в силу указанных причин его способность руководить своими действиями была ограничена психическим заболеваниям. Подобные состояния именуются в специальной литературе как «ограниченная» или «уменьшенная» вменяемость. В таких случаях виновный подлежит уголовной ответственности на общих основаниях. Но в соответствии со ст. 22 УК РФ указанное положение должно учитываться судом при назначении наказания и служить основанием для применения (наряду с уголовным наказанием) принудительных мер медицинского характера.

Для признания лица невменяемым необходимо установление наличия обоих критериев — юридического и медицинского. Поскольку для оценки второго критерия требуется обладание специальными медицинскими знаниями, судом, в порядке, установленном Уголовно-процессуальным кодексом РФ, назначается судебно-психиатрическая экспертиза.

Суд дает оценку заключению судебно-психиатрической экспертизы (так же как и другим доказательствам), т.е. может согласиться или не согласиться с ним. В последнем случае назначается повторная или дополнительная экспертиза.
С учетом заключения экспертизы как важнейшего доказательства по делу и других обстоятельств дела, суд приходит к конечному выводу о вменяемости или невменяемости лица, совершившего общественно опасное деяние. Последствием признания лица невменяемым является прекращение уголовного дела вследствие отсутствия состава преступления и назначение такому лицу принудительных мер медицинского характера (см. главу 6 наст. раздела).
В уголовном законе (ст. 23 УК РФ) особо и однозначно разъяснен вопрос об ответственности лиц, совершивших преступление в состоянии обычного (простого) опьянения, вызванном употреблением алкоголя, наркотических средств или других дурманящих веществ. Такие лица безоговорочно подлежат уголовной ответственности.
Для характеристики состава некоторых преступлений (например, неоказание помощи больному, халатность, служебный подлог) виновное физическое лицо должно обладать не только общими признаками субъекта преступления (достижение возраста уголовной ответственности и вменяемость), но и дополнительными признаками (наличие специальных познаний, правового статуса должностного лица и др.). Такие лица в уголовном праве именуются специальным субъектом преступления.
Четвертым обязательным элементом состава преступления является субъективная сторона. Субъективная сторона преступления (его внутренняя психическая сторона) заключается в психическом отношении лица к совершаемому им деянию и его общественно опасным последствиям.
Обязательной составной частью субъективной стороны является вина, факультативными — мотив и цели совершения преступления.
Вина — это психическое отношение преступника к совершаемому им деянию и его последствиям. Уголовное законодательство различает две формы вины: умысел и неосторожность. В зависимости от формы вины все преступления делятся на умышленные преступления и преступления, совершенные по неосторожности. Медицинские работники, как правило, выступают субъектами второй группы.
Преступление признается совершенным умышленно, если лицо, его совершившее, осознавало общественно опасный характер совершаемого деяния, предвидело и желало или сознательно допускало их наступление.
В случаях, когда виновный предвидит возможность или неизбежность таких последствий и желает их наступления, он совершает преступление с прямым умыслом (например, врач проводит эвтаназию — с целью лишения жизни пациента вводит смертельную дозу лекарства и убивает его). Если же виновный предвидел возможность наступления определенных последствий, не желал, но сознательно допускал эти последствия или относился к ним безразлично, преступление совершается с косвенным умыслом.
Некоторые преступления, предусмотренные уголовным законом, могут быть совершены как с прямым, так и с косвенным умыслом. Другие — только с прямым умыслом (например, незаконное производство аборта).
Преступлением, совершенным по неосторожности, признается деяние, совершенное по легкомыслию или небрежности (ст. 26 УК РФ).
Преступление признается совершенным по легкомыслию (преступная самонадеянность), если виновный предвидел возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но без достаточных на то оснований самонадеянно рассчитывал на их предотвращение. Например, медицинская сестра производит тугое бинтование ручки

новорожденного, которое приводит к некрозу пальцев, в расчете на то, что она всегда сможет ослабить повязку.

Если же виновное лицо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло их предвидеть, уголовно наказуемое деяние совершается по преступной небрежности. Яркими примерами преступной небрежности медицинских работников являются: оставление хирургических инструментов и материалов в брюшной полости, заражение золотистым стафилококком вследствие нарушения санитарных правил, нарушение дозировки лекарственных средств и многие другие случаи.

Как справедливо указывается в ряде Комментариев к УК РФ, причинение вреда здоровью или смерти пациента по самонадеянности (легкомыслию) представляет большую общественную опасность, чем такое же деяние, совершенное по небрежности. Это объясняется тем, что в первом случае речь идет о сознательном нарушении правил предосторожности, охраняющих жизнь и здоровье пациента, при необоснованном (легкомысленном) расчете на благополучный исход (действие врача «на авось»).

В тех случаях, когда лицо не осознавало либо не предвидело, и при сложившихся условиях (обстоятельствах) не должно было и не могло осознавать либо предвидеть наступления вредных последствий, его вина отсутствует и уголовная ответственность не наступает. Например, у хирурга во время проведения операции происходит инсульт (кровоизлияние в мозг), он теряет сознание и причиняет вред здоровью пациента.

Причинение вреда без вины принято назвать случаем (казусом). В соответствии со ст. 28 УК РФ деяние признается совершенным невиновно в следующих случаях:

1) если лицо, его совершившее, не осознавало и по обстоятельствам дела не могло осознавать общественной опасности своих действий (бездействия) либо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий и по обстоятельствам дела не должно было или не могло их предвидеть;

2) если лицо, его совершившее, хотя и предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но не могло предотвратить эти последствия в силу несоответствия своих психофизиологических качеств требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам.

К субъективной стороне относится также мотив и цель преступления.

Мотив — это осознанное побуждение лица, вызвавшее у него намерение свершить преступление (например, ревность, корысть, национальная ненависть или вражда и т.д.).

Цель преступления — это то, что желает достичь лицо, совершая общественно опасное деяние. Другими словами, это представление виновного о результате, которого он желает достигнуть, совершая преступление (например, завладение чужим имуществом, нажива, месть и др.)

Для большинства составов преступлений в здравоохранении мотив и цель преступления выступают дополнительными признаками субъективной стороны и учитываются при определении вида и размера уголовного наказания, но для некоторых преступлений они могут являться обязательными признаками. Например, мотив в виде корыстных или иных низменных побуждений необходим как обязательный элемент субъективной стороны разглашения тайны усыновления (удочерения) (ст. 155 УК РФ), подмены ребенка (ст. 153 УК РФ), а цель преступления при квалификации действий (бездействия) медицинского работника по п. «м» ч. 2 ст. 105 УК РФ (убийство с целью использования органов и тканей потерпевшего).

Билет № 19

1. Характеристика повреждающих факторов выстрела.
2. Исследование трупов новорожденных. Живорожденность и способы её диагностики.
3. Общая характеристика профессиональных преступлений медицинских работников.

ОТВЕТ:

1. Взаимодействие снаряда и поражаемой части тела имеет различные характеристики, основные из которых:

   • переданная энергия; • время передачи энергии; • направление и протяженность движения пули в пораженной части тела; • деформация пули, вплоть до ее разрушения; • временная пульсирующая полость и др.

   Особенности процесса взаимодействия в конкретном случае определяют морфологию образовавшегося ранения. Ввиду высокой скорости и, следовательно, большой кинетической энергии огнестрельный снаряд способен причинить повреждение на любом участке внешней баллистической траектории. Поэтому его условно называют основным, или постоянным, повреждающим фактором выстрела.

   Кроме того, повреждающим действием обладают и пороховые газы, и пороховые частицы, и подвижные части оружия, и др., но они приводят к повреждению только при определенных условиях. По этой причине их называют непостоянными, или дополнительными, факторами выстрела. В тех случаях, когда огнестрельный снаряд взаимодействует с преградой, повреждения могут причиняться ее осколками — вторичными снарядами.

   Проникая в тело, огнестрельный снаряд отслаивает кожу, разрушает и выбрасывает наружу ткани, формирует волну сжатия вокруг раневого канала. За счет нее образуется полость, в несколько раз превышающая диаметр пули, которая через 0,005 с достигает наибольших размеров, а затем, пульсируя со снижающейся амплитудой, постепенно закрывается. Временную пульсирующую полость можно зафиксировать с помощью импульсной рентгенографии и высокоскоростной киносъемки.

   В процессе образования огнестрельного ранения давление в тканях изменяется волнообразно с постепенным затуханием волн. Первичный высокий подъем давления называют ударной волной. С ней связано поступательное повреждающее действие непосредственно самого огнестрельного снаряда. Последующие волны сжатия и разрежения разрушают ткани вокруг раневого канала. Отрицательное давление в водной и водонасыщенной среде вызывает кавитацию — образование вакуумных полостей, которые вначале расширяются, а затем схлопываются с возникновением ударных волн значительной силы, приводящих к перепадам давления в несколько сотен и даже тысяч килопаскалей.

   Разрушения в тканях, окружающих огнестрельный раневой канал, связаны с явлением кавитации.

   Анатомическое строение головы определяет особенности ее огнестрельных ранений.

Благодаря плотному прилеганию кожи к апоневрозу и костной оболочке в зоне входной и выходной ран происходят отслоение кожи и образование обширных подкожных кровоизлияний, окружающих оба огнестрельных отверстия. Сплошная жесткая костная оболочка ограничивает возможность развития временной пульсирующей полости больших размеров. При этом в полости черепа возникают высокие давления, приводящие к грубым нарушениям структуры головного мозга. Даже пулевые ранения, проходящие под наружной поверхностью основания мозга, могут приводить к базальным субарахноидальным кровоизлияниям и переломам внутренней костной пластинки в средней черепной ямке.

Объем повреждений при огнестрельном ранении сердца связан с тем, произошла ли травма в систолу или в диастолу. В сердце, полости которого заполнены жидкостью, создаются условия для развития кавитации, что приводит к более массивным разрушениям.

Из-за меньшей плотности легких поражающая их пуля теряет меньшую часть своей энергии, чем при ранении плотных паренхиматозных органов, и огнестрельные повреждения легкого обычно имеют меньший объем. Тем не менее даже при относительно небольшом поперечнике разрушений по ходу раневого канала в легких наблюдаются массивные кровоизлияния, которые связывают с ушибом легких о реберный каркас в результате пульсации временной полости.

При выстрелах в живот отмечаются увеличение объема полости брюшины, образование большой временной пульсирующей полости и выброс пораженных тканей через выходное отверстие. Для этой области характерны существенные повреждения внутренних органов, находящихся на удалении от раневого канала. Даже при касательных ранениях часто образуются кровоизлияния в стенку кишки с повреждением серозной и мышечной оболочек.

При огнестрельных ранениях верхнего отдела живота перепад давления в границах временной пульсирующей полости может достигать легких. При этом возникают их ушибы: кровоизлияния, разрывы легочной ткани и постконтузионные пневмонии.

Характер пулевых повреждений полых органов зависит от их наполнения. Входная и выходная огнестрельные раны при повреждении пустого желудка, мочевого пузыря или кишечника обычно круглой формы с множественными короткими разрывами серозной и слизистой оболочек. Повреждения наполненного органа отличаются значительными разрывами стенки, отслойкой слизистой оболочки и обширными кровоизлияниями. Входное и выходное повреждения желудка и кишок, причиненные первым выстрелом, за счет разрывов краев более обширны, чем соответствующие повреждения от последующих выстрелов, размеры которых не превышают диаметра пули.

Пулевые повреждения плотных паренхиматозных органов (печени, почек, селезенки и др.)

однотипны: относительно небольших размеров многолучевая входная рана, прямолинейный раневой канал с обширной зоной размозженных и пропитанных кровью тканей, выходное отверстие с большими разрывами ткани органа и его капсулы.

При взаимодействии пули с диафизом кости возможен внутренний рикошет с образованием раневого канала в виде ломаной линии. В механизме формирования огнестрельного ранения конечности важную роль играет поток вторичных снарядов — осколков разрушенной кости.

Они движутся в виде двух конусов, больший из которых основанием обращен в сторону полета пули, меньший — в обратном направлении. Обладающая большой энергией и устойчивостью среднекалиберная пуля, разрушив кость, сама мало изменяется и, сохраняя часть своей энергии, покидает тело. Современный

неустойчивый высокоскоростной снаряд может израсходовать значительную часть энергии, взаимодействуя только с мягкими тканями. В таких случаях объем повреждения кости может оказаться даже меньшим, чем соответствующие повреждения костей, причиненные обычной среднекалиберной пулей.

Пуля оказывает преимущественно механическое действие: при поражении кожи и костей разрушает ткани и вызывает выброс фрагментов через входное и выходное отверстия, образуя дефект тканей, а попав в полый орган с жидким содержимым или обильно кровенаполненный паренхиматозный орган, приводит к его разрыву. Пуля на излете, потерявшая большую часть энергии до контакта с телом (во время полета), может оказать клиновидное действие, которое проявится в раздвигании тканей, или ушибающее действие, последствиями которого могут быть ограниченные ссадины, кровоподтеки или поверхностные ушибленные раны.

Осколки разорвавшегося огнестрельного снаряда и детали охотничьего патрона (пыжи, прокладки) также оказывают преимущественно механическое воздействие, последствия которого будут прямо связаны с их кинетической энергией.

Пули специального назначения (зажигательные, бронебойно-зажигательные и трассирующие) содержат пиротехнические составы (смеси горючих веществ, окислителей и цементаторов) и, кроме механического, способны оказывать термическое и химическое поражающее действие.

Пороховые газы оказывают более разнообразное действие.

1. Механическое (пробивное, разрывное и ушибающее). Пробивной эффект пороховых газов возможен лишь при их компактном действии. Поскольку пороховые газы, покидая ствол, расширяются, компактное действие может проявиться лишь при непосредственном контакте в момент выстрела дульного среза оружия и поверхности поражаемой части тела или одежды. Последствия разрывного действия пороховых газов — разрывы кожи и ее отслойка, а ушибающего — ссадины и кровоподтеки. 2. Термическое (ожоги возникают в основном от действия газов дымного пороха).

Термическое действие пороховых газов выражается в ожогах кожи, опалении волос и ворса одежды. На характер термического действия пороховых газов влияют вид, качество и количество пороха и патрона, длина ствола оружия, наличие разницы внутреннего диаметра ствола и калибра пули, свойства поражаемого объекта (характер ткани одежды, наличие, характер и количество волос в зоне огнестрельной раны и др.), а также расстояние выстрела. 3. Химическое (образование в тканях, прилежащих к огнестрельной ране, оксигемоглобина, карбоксигемоглобина, метгемоглобина и сульфгемоглобина, а также соответствующих производных миоглобина).

Копоть выстрела представляет собой мелкодисперсную гомогенную взвесь оксидов металлов и углеродных продуктов, разогретых до температуры более одной тысячи градусов. Состав копоти в основном определяется металлами, составляющими покрытие пули (для оболочечных пуль — это медь, для безоболочечных — свинец). Копоть выстрела внедряется в кожу или одежду вокруг входной огнестрельной раны, оказывая комбинированное поверхностное механическое и в меньшей мере — термическое и химическое действие.

Заряд пороха не до конца сгорает в канале ствола, и полусгоревшие порошинки вылетают вслед за пулей, проникая в кожу на небольшую глубину. Они также оказывают поверхностное комбинированное механическое, термическое и химическое повреждающее действие. Аналогично действуют и металлические частицы, срываемые в момент выстрела с внутренней поверхности гильзы, поверхности пули и канала ствола, а также вылетающие вместе с ними частицы капсюльного состава.

Распределение копоти и порошинок вокруг входного огнестрельного отверстия зависит в основном от дистанции выстрела (расстояния от дульного среза оружия до поверхности поражаемой части тела или одежды). Однако существует и ряд других факторов, способных повлиять на наличие, количество копоти и порошинок, а также особенности их распределения:

• свойства патрона (вид, качество и количество порохового заряда, вид и качественное состояние капсюльного состава, тип и материал огнестрельного снаряда, материал гильзы); • конструкция дульной части оружия; • масса частиц копоти и порошинок; • соотношение калибра ствола оружия и огнестрельного снаряда; • число предшествовавших выстрелов; • условия внешней среды (температура, влажность); • материал и характер поверхности поврежденного объекта; • наличие и плотность преграды за мишенью и др.

Части оружия, соприкасающиеся или находящиеся в момент выстрела в непосредственной близости от тела человека, действуют механически. Последствия их действия — кровоподтеки в области плеча от удара прикладом при отдаче, ущемления кожи кисти от попадания в движущиеся части автоматического оружия, ссадины — отпечатки дульного среза оружия, различные повреждения от осколков разорвавшегося оружия.

Механическое действие оказывают и различные вторичные снаряды: осколки преграды, фрагменты одежды и обуви, костные осколки. Возгоревшиеся предметы одежды (например, в результате воспламенения от действия дымного пороха или при близком выстреле из охотничьего оружия) могут приводить к обширным термическим ожогам.

2. Труп младенца — это объект, требующий особой методики исследования.

Необходимость в проведении судебно-медицинского исследования трупа младенца возникает во всех случаях, когда подозревается насилие:

• если труп младенца неизвестной матери обнаружен в неподходящих местах — выгребной яме, мусорном бачке, подвале, в лесу, извлечен из воды и т.д. (эти случаи наиболее часты и составляют более 60%); • если мать известна, но она не состояла на учете в женской консультации, ребенок родился мертвым или умер вскоре после рождения без присутствия медицинского персонала; • если есть жалобы на неправильное ведение родов в родильном доме при наличии на теле ребенка или матери повреждений.

Обязательному судебно-медицинскому исследованию подлежат трупы новорожденных с массой тела более 1000 г и длиной тела более 35 см при наличии постановления правоохранительных органов.

Согласно приказу МЗ РФ «О переходе на рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения критерии живорождения и мертворождения» «…живорождением является полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры, независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента». Однако судебные медики имеют дело с трупами при отсутствии медицинских данных о родах, — методик определения на трупе бывшего сердцебиения, пульсации пуповины или произвольных движений на сегодня не существует. Поэтому главный критерий живорожденности — признаки бывшего дыхания (хотя бы одного вдоха). Для решения этого вопроса прежде всего желательно провести пробу, предложенную Я.Г. Диллоном (1937), — рентгенографию трупа с целью обнаружения воздуха в легких и желудочно-кишечном тракте. Она является ценным предварительным ориентиром и дополнением к другим пробам. Однако рентгенологическая диагностика живорожденности должна осуществляться с

осторожностью, поскольку при гниении в тканях образуются газы, которые могут создавать ложную картину признаков живорожденности.

Решение этого вопроса не может ограничиваться одним методом, а должно носить комплексный характер. Обязательными являются гидростатические (плавательные) пробы: легочная (Галена) и желудочно-кишечная (Бреслау).

Интересна история пробы с легкими. Она названа в честь Клавдия Галена — великого древнеримского врача II в. н.э. В своем знаменитом труде по анатомии он дал классическое описание легких живорожденного младенца: «легочная ткань после вдоха превращается из красной, тяжелой и плотной в светлую, легкую и разрыхленную». Спустя почти 1500 лет после этого описания была предложена методика проведения гидростатической пробы.

Первая попытка применить ее в экспертной практике принадлежит не врачу, а немецкому физику К. Раугеру, который в 1670 г., основываясь на ее результатах, решил вопрос о мертворожденности младенца. Однако только в 1684 г. проба получила официальное признание и стала применяться во всем мире. В 1883 г. в Германии была проведена специальная научная конференция, посвященная 200-летию первого проведения гидростатической легочной пробы с судебно-медицинскими целями. И хотя Гален не является автором этой пробы, его имя по-прежнему связано с ней. Внутреннее исследование трупов новорожденных всегда начинается с грудной и брюшной полостей, а не с головы. Это обусловлено тем, что перед вскрытием необходимо наложить лигатуры для проведения гидростатических проб. Вскрытие начинают со срединного разреза на коже, который проходит через нижнюю губу, подбородок, шею, грудь и, не доходя 2–3 см до пупочного кольца, разветвляется на два, каждый из которых идет в направлении паховых складок. Образовавшийся в нижней части живота кожный лоскут в виде угла отсепаровывают книзу и также осторожно отпрепаровывают кожу шеи, груди.

Далее приступают к наложению первой лигатуры. Для этого ее подводят дугообразным зажимом под хрящи трахеи (между ними и позвоночным столбом) и перевязывают трахею вместе с пищеводом как можно ниже. Затем рассекают ребра, сверху вниз, начиная со второго: по границе хрящевой и костной части до реберной дуги. Грудино-ключичные сочленения и I ребро не рассекают во избежание повреждения подключичных кровеносных сосудов и кровотечения до осмотра и описания средостения и плевральных полостей.

Отпрепарованную грудину поднимают. Для вскрытия брюшной полости осторожно делается небольшой разрез (длиной около 1,5 см) передней брюшной стенки в эпигастральной области, куда вводятся два пальца левой руки и между ними делается разрез приподнятой брюшной стенки влево и вправо.

Для исследования пупочных сосудов образовавшийся внизу живота кожный лоскут поднимается кверху, при этом пупочная вена, идущая к печени, натягивается. На нее накладывают две лигатуры и только после этого ее рассекают между лигатурами.

С точки зрения авторов лучше до ревизии всех полостей наложить и последующие обязательные лигатуры: вторую — на выход из желудка (на вход накладывать лигатуру нецелесообразно, ибо пищевод уже перевязан), третью лигатуру — на переход тонкой кишки в толстую, четвертую — на нижний отдел прямой кишки. Кроме того, желательно наложить 2–3 дополнительные лигатуры последовательно на отдельные петли тонкой кишки в направлении сверху вниз. Это необходимо для исследования распределения воздуха в тонкой кишке.

Только после наложения лигатур и крайне осторожного рассечения первых ребер, связок грудино-ключичного сочленения и удаления грудины можно переходить к ревизии вскрытых полостей.

Далее мягкие ткани пересеченной нижней губы отсепаровываются до углов нижней челюсти, которая по средней линии рассекается, мышцы диафрагмы рта отделяются от внутренней поверхности нижней челюсти, язык оттягивается вперед, а горизонтальные ветви нижней челюсти разводятся в стороны; осматривается полость рта, вход в гортань; задняя стенка глотки отделяется от позвоночника, и выделяется весь органокомплекс, который погружается в сосуд с водой комнатной температуры без пузырьков воздуха. При этом отмечают, какие органы плавают, а какие — погружаются в воду, на всю ли глубину.

Затем, не вынимая органокомплекса, проводят желудочно-кишечную пробу Бреслау: под водой надсекают желудок, отмечают отсутствие или наличие пузырьков воздуха, их количество и размеры. Затем последовательно надсекают тонкую и толстую кишку между лигатурами, действуя в направлении сверху вниз. Желудочно-кишечная проба не является решающей — она лишь дополняет легочную.

В тех случаях, когда эксперта интересует желудочное содержимое, например, при исследовании в случае подозрения на утопление, проводить пробу Бреслау (если нет признаков гниения) можно начиная с тонкой кишки, так как при наличии в ней воздуха он будет и в желудке. При этом содержимое желудка сохраняется для дополнительных лабораторных исследований.

Для проведения легочной пробы Галена органокомпекс извлекают из воды и отделяют органы грудной полости. Отделенный органокомплекс грудной клетки, куда входят оба легких, вилочковая железа и сердце, погружают в воду. Затем последовательно погружают в сосуд с водой каждое легкое, доли каждого легкого, сегменты каждой доли каждого легкого и, наконец, мелкие кусочки. После проведения проб нужно их оценить (положительно или отрицательно).

При начавшемся гниении трупа дифференцировать воздух от газов гниения достаточно трудно, а при выраженном гниении невозможно. У дышавших новорожденных гниение наступает быстро. Если дыхания и глотания не было и воздух в желудок не поступал, содержимое последнего остается стерильным. Внедрение микробов тогда идет через естественные отверстия — рот и задний проход, а также по сосудам пуповины. При гниении образуются отдельные газовые пузырьки, объем которых постепенно нарастает.

Если микробы продвигаются по сосудам, то газы будут в подслизистой и толще стенок.

Вначале газы образуются в начальной части кишечника и в конце, середина же остается свободной. Такая локализация характерна для гниения.

Вторичный ателектаз чаще всего наблюдается у недоношенных, незрелых новорожденных.

При гистохимическом исследовании легких при этом отмечается недостаток сурфактанта. Ателектаз может иметь место, когда имеется недоразвитие дыхательного центра или дыхательных мышц, врожденные аномалии мозга, сдавление легких грыжами или опухолями, воспалительные процессы в легких и бронхах, прогрессирующее ослабление дыхательной мускулатуры новорожденного, закрытие дыхательных путей слизью и др. У мертворожденных в зоне ателектазов капилляры малокровны, у живорожденных полнокровны.

В 1907 г. приват-доцент Санкт-Петербургской Медико-хирургической академии В. Таранухин сконструировал прибор для исключения вторичного ателектаза. К сожалению, эту пробу сейчас практически не применяют. Суть ее заключается в том, что из плотно закрытой и наполненной водой колбы с помещенными в нее исследуемыми кусочками легких отсасывается воздух, в результате в колбе создается отрицательное давление. Если в легких есть хотя бы немного воздуха, то они всплывут.

Во избежание диагностических ошибок нельзя производить исследование промерзшего трупа младенца, поскольку лед легче воды и оледеневшие легкие будут плавать, даже если не содержат воздуха.

Поступление воздуха в легкие при внутриутробном дыхании — явление исключительно редкое, но возможное в тех случаях, когда на протяжении родов происходит вмешательство извне (введение щипцов, рук).

Обязательным является проведение гистологического исследования легких, позволяющее установить воздушность легких, исключить гниение, проведение искусственного дыхания и наличие вторичного ателектаза.

Для этого берут ткань из разных отделов легких (лучше в виде пластинок, представляющих собой срез целой доли легкого), причем из той части, которая при вскрытии не подвергалась сдавливанию. Для выявления эластических волокон необходима дополнительная окраска фуксилином по Вейгерту, а для окраски элементов околоплодных вод — квасцовым кармином или крезил-виолетом, при этом ороговевшие клетки эпидермиса окрашиваются в голубой цвет, а мекониевые тельца — в фиолетовый.

При микроскопическом исследовании недышавших легких находят следующую картину:

• бронхи спавшиеся, стенки их складчатые; • легочные альвеолы не расправлены, просвет их едва различим, имеет неправильную форму, окружен волнистыми, хаотично расположенными эластическими волокнами; • альвеолы отделены друг от друга толстыми стенками, в которых проходят капилляры и соединительнотканные тяжи.

Мышечные волокна в стенках спавшихся бронхиол имеют вид коротких толстых пучков, расположенных радиально по направлению к слизистой оболочке; ядра мышечных клеток — прямоугольной формы.

В легких мертворожденных, которым проводилось искусственное дыхание, расправлены в основном просветы бронхов и бронхиол и альвеолярные ходы, а не альвеолы, межальвеолярные перегородки неравномерной толщины, аэрированные альвеолы неравномерной величины — располагаются очагами на фоне ателектаза, имеется интерстициальная эмфизема (пузыри в перибронхиальной и периваскулярной ткани и под плеврой).

При гистологическом исследовании легких имеет значение и обнаружение гиалиновых мембран. Их находят в основном в легких недоношенных, умерших в первые дни жизни.

Исходя из этого считают, что наличие гиалиновых мембран может быть использовано как дополнительный признак при экспертизе живорожденности, а также при установлении продолжительности жизни после рождения, поскольку они наблюдаются у детей, проживших не менее 1–2 ч.

Для диагностики живорожденности исследуют также внутрибрюшные отрезки кровеносных сосудов пуповины. При внутриутробной смерти плода пупочные артерии не сокращаются, просвет их широкий, внутренняя поверхность ровная, мышечный слой равномерной толщины. При внеутробном наступлении смерти пупочные артерии сокращены, просвет их сужен, мышечный слой неравномерной толщины.

У живорожденных в области родовой опухоли волокна соединительной ткани набухают, капилляры расширены и заполнены кровью, имеются мелкие кровоизлияния в пограничных участках. У мертворожденных отечная жидкость раздвигает неизмененные волокна, капилляры находятся в спавшемся состоянии, кровоизлияния крупные.

В аденогипофизе мертворожденных преобладают базофильные клетки с гомогенной цитоплазмой. У живорожденных, особенно к концу первых суток,

довольно часто встречаются и ацидофильные клетки, а цитоплазма базофильных аденоцитов вакуолизирована.

Для надпочечников мертворожденных характерны компактное расположение клеток клубочковой зоны, насыщенных липидами, и четкая граница между фетальной и ростковой корой. Клетки клубочковой зоны надпочечников живорожденных располагаются рыхло, имеется делипоидизация клубочковой, а иногда и пучковой зоны, граница между фетальной и ростковой корой представляется нечеткой, особенно при продолжительности жизни более суток.

В тимусе мертворожденных имеются дольки без дифференцировки на корковое и мозговое вещество, густо насыщенные лимфоцитами. В вилочковой железе живорожденных лимфоциты располагаются менее компактно, мозговое вещество отграничено от коркового и часто преобладает над ним. Эпителиальный компонент более выражен, тельца Гассаля крупнее и многочисленнее, чем у мертворожденных, преимущественно слоистого строения.

В щитовидной железе мертворожденных эпителий фолликулов уплощен, коллоид гомогенен.

У живорожденных фолликулярный эпителий высокий, кубический, коллоид содержит вакуоли резорбции и десквамированный эпителий.

У живорожденных выявляется вакуолизация цитоплазмы клеток островков поджелудочной железы, семенных канальцев, фолликулов яичника, паренхимы околощитовидных желез и шишковидного тела. У мертворожденных она отсутствует.

Внутриутробная гибель плода ведет к остановке созревания ворсин хориона, их фиброзу и атрофии (уменьшению в размерах).

Для определения живо- и мертворождения был предложен метод эмиссионного спектрального анализа легких. В легких живорожденных содержание ряда неорганических элементов оказалось значительно больше, чем у мертворожденных. Коэффициенты отношения фосфора к меди, фосфора к кальцию, железа к кальцию и фосфора к железу у живо- и мертворожденных различаются. Метод пригоден для исследования гнилостно измененных трупов, однако трудоемок, требует особой аппаратуры и специальной подготовки врача, поэтому применяется очень ограниченно.

Другие лабораторные методы включают исследование белковых фракций сыворотки крови методом электрофореза на бумаге. Известно, что γ-глобулины плод получает из организма матери. и после рождения происходит их интенсивное расходование. Отсюда следует, что если ребенок родился мертвым, то концентрация γ-глобулинов должна быть большей, чем у живорожденных, которые жили некоторое время.

3. Под профессиональным преступлением в медицинской деятельности понимают умышленное или по неосторожности совершенное медицинским работником в нарушение своих профессиональных обязанностей, общественно опасное деяние (действие или бездействие), запрещенное УК РФ под угрозой наказания.

   Профессия врача направлена на спасение жизни и сохранение здоровья людей. Поэтому большинство преступлений медицинские работники совершают не умышленно, а по неосторожности. Однако в редких случаях медицинский работник может стать субъектом умышленного преступления, например, при проведении эвтаназии (ч. 1 ст. 105 УК РФ), убийства с целью изъятия органов или тканей (ч. 2 ст. 105 УК РФ), неоказания помощи больному (ст. 124 УК РФ) и др.

   Объективную сторону большинства преступлений, совершаемых медицинскими работниками, представляет не только деяние в виде неисполнения или ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей, но и

наступление общественно-опасных последствий (вред здоровью или смерть человека) и причинно-следственная связь между ними.

Под вредом, причиненным здоровью человека, понимают нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психических факторов внешней среды. Вред, причиненный здоровью человека, определяют в зависимости от степени его тяжести (тяжкий вред, средней тяжести вред и легкий вред) на основании квалифицирующих признаков, предусмотренных п. 4 Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (утверждены постановлением Правительства РФ от 17.08.2007 №522), и в соответствии с медицинскими критериями определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24.04.2008 №194н.

Квалифицирующие признаки тяжести вреда, причиненного здоровью человека:

— в отношении тяжкого вреда:

■ вред, опасный для жизни человека;

■ потеря зрения, речи, слуха либо какого-либо органа или утрата органом его функций;

■ прерывание беременности;

■ психическое расстройство;

■ заболевание наркоманией либо токсикоманией;

■ неизгладимое обезображивание лица;

■ значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на 1/3;

■ полная утрата профессиональной трудоспособности;

— в отношении средней тяжести вреда:

■ длительное расстройство здоровья — временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью свыше 3 нед (более 21 дня);

■ значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на 1/3 — стойкая утрата общей трудоспособности от 10 до 30% включительно;

— в отношении легкого вреда:

■ кратковременное расстройство здоровья — временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью до 3 нед от момента причинения травмы (до 21 дня включительно);

■ незначительная стойкая утрата общей трудоспособности — стойкая утрата общей трудоспособности менее 10%.

Поверхностные повреждения, в том числе: ссадина, кровоподтек, ушиб мягких тканей, включающий кровоподтек и гематому, поверхностная рана и другие повреждения, не влекущие за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности, расценивают как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, определяет врач — судебно-медицинский эксперт медицинского учреждения либо индивидуальный предприниматель, обладающий специальными знаниями и имеющий лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по судебно-медицинской экспертизе. Заключение судебно-медицинской экспертизы — важнейшее доказательство по делу.

СИСТЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ

Все профессиональные преступления, которые могут быть совершены медицинскими работниками, включены в различные главы Особенной части УК РФ. В зависимости от объекта посягательства их можно разделить на следующие группы.

— Преступления против жизни и здоровья пациента.

■ Убийство (ст. 105 УК РФ).

■ Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ).

■ Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 118 УК РФ).

■ Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (ст. 120 УК РФ).

■ Заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 4 ст. 122 УК РФ).

■ Незаконное проведение искусственного прерывания беременности (ст. 123 УК РФ).

■ Неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ).

— Преступления против конституционных прав и свобод человека.

■ Незаконное лишение свободы (ст. 127 УК РФ).

■ Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях (ч. 2 ст. 128 УК РФ).

■ Нарушение неприкосновенности частной жизни — разглашение врачебной тайны (ст. 137 УК РФ).

— Преступления против семьи и несовершеннолетних.

■ Подмена ребенка (ст. 153 УК РФ).

■ Незаконное усыновление (удочерение) (ст. 154 УК РФ).

■ Разглашение тайны усыновления (ст. 155 УК РФ).

— Преступления в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ.

■ Незаконные хранение или перевозка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов (ст. 228 УК РФ).

■ Незаконный сбыт наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов лицом с использованием своего служебного положения (п. «б» ч. 3 ст. 228.1 УК РФ).

■ Нарушение правил оборота наркотических средств или психотропных веществ (ст. 228.2 УК РФ).

■ Незаконный сбыт или пересылка прекурсоров наркотических средств или психотропных веществ, растений либо их частей, содержащих прекурсоры наркотических средств, или психотропных веществ лицом с использованием своего служебного положения (п. «б» ч. 2 ст. 228.4 УК РФ).

■ Хищение наркотических средств или психотропных веществ лицом с использованием своего служебного положения (п. «в» ч. 2 ст. 229 УК РФ).

■ Незаконная выдача рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 233 УК РФ).

— Преступления против здоровья населения.

■ Нарушение правил хранения, учета, отпуска, перевозки или пересылки сильнодействующих или ядовитых веществ, если это повлекло по неосторожности их хищение либо причинение иного существенного вреда (ч. 4 ст. 234 УК РФ).

■ Незаконное осуществление медицинской или фармацевтической деятельности (ст. 235 УК РФ).

■ Нарушение санитарно-эпидемиологических правил (ст. 236 УК РФ).

■ Сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей (ст. 237 УК РФ).

■ Выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности (ст. 238 УК РФ).

■ Нарушение правил обращения экологически опасных веществ и отходов (ст. 247 УК РФ).

■ Нарушение правил безопасности при обращении с микробиологическими либо другими биологическими агентами или токсинами (ст. 248 УК РФ).

— Преступления в сфере оборота лекарственных средств, медицинских изделий и биологически активных добавок (введены в УК РФ в 2015 г.).

■ Незаконное производство лекарственных средств и медицинских изделий (ст. 235.1 УК РФ).

■ Обращение фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и оборот фальсифицированных биологически активных добавок (ст. 238.1 УК РФ).

■ Подделка документов на лекарственные средства или медицинские изделия или упаковки лекарственных средств или медицинских изделий (ст. 327.2 УК РФ).

Билет № 20

1. Поводы для назначения судебно-медицинской экспертизы.
2. Характеристика выходного огнестрельного отверстия.
3. Обстоятельства, исключающие преступность деяния.

ОТВЕТ:

1. Судебно-медицинская экспертиза — предусмотренное и регламентированное законом, проводимое врачом научно-практическое исследование конкретных объектов, предпринимаемое для решения конкретных медицинских и медико-биологических вопросов, возникающих при проведении конкретного дознания, предварительного следствия и судебного разбирательства.

   В обязательном порядке судебно-медицинскую экспертизу проводят, если необходимо установить:

   • причину смерти; • характер и степень вреда, причиненного здоровью; • физическое состояние подозреваемого или обвиняемого, когда возникает сомнение в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве; • физическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания;

   • возраст подозреваемого, обвиняемого или потерпевшего, когда это имеет значение для уголовного дела, а документы, подтверждающие его возраст, отсутствуют или вызывают сомнение (ст. 196 УПК РФ).

   Решение других частных вопросов определяется особенностями обстоятельств конкретного расследуемого дела.

   Судебная экспертиза может производиться как государственными судебными экспертами, так и иными лицами, обладающими специальными знаниями (ст. 195 УПК РФ).

2. Выходные огнестрельные раны более вариабельных форм, размеров и характера краев, им обычно не свойственны поясок осаднения и поясок металлизации. Дефект в области выходной раны обычно отсутствует, изредка имеет форму конуса, обращенного вершиной наружу. Форма ее - неправильно-звездчатая, щелевидная, дугообразная, часто без дефекта ткани. Иногда круглая или овальная,

с небольшим дефектом ткани конусовидной формы, с вершиной, обращенной кнаружи. Часто больше размером входного отверстия, иногда равно ему или меньше его. Края раны обычно неровные, часто вывернуты наружу. Дефект кожи у выходной огнестрельной раны образуется, если, пройдя тонкую часть тела или только мягкие ткани, пуля сохранила значительную часть кинетической энергии и способность оказать пробивное действие. Поясок осаднения у выходной раны возникает, если в момент поражения поверхность участка тела в области выходной раны прижата к плотной преграде, что приводит к удару краев выходной раны о поверхность преграды. Для образования осаднения краев выходной раны достаточно бывает такой преграды, как поясной ремень. Выворачивание наружу более типично для краев выходного отверстия, но наблюдается и во входном из-за обратного выброса поврежденных тканей, сильного кровотечения, трупной эмфиземы и выделения из раны гнилостного содержимого. В то же время края выходного отверстия могут оказаться втянутыми внутрь вследствие сокращения поврежденной кожи, тесно связанной с подлежащими тканями. Дифференциальная диагностика входной и выходной огнестрельных ран должна основываться на сравнительной оценке всей совокупности признаков. При действии колющих предметов по краю повреждения одежды и раны также могут образоваться поясок осаднения и поясок загрязнения (обтирания), связанные с неровностями и загрязнением поверхности колющего предмета. Отличием от огнестрельных повреждений служит отсутствие пули или дробин при слепых ранениях, дефекта ткани, зон ушиба ткани, а также копоти выстрела на пояске обтирания. Дифференциальной диагностике входной и выходной ран способствует характер огнестрельных переломов костей по ходу раневого канала. Основной отличительный признак входного огнестрельного повреждения на плоских костях черепа — скол внутренней костной пластинки, образующий воронкообразный дефект, расширяющийся в направлении полета пули. Выходное огнестрельное повреждение характеризуется сколом наружной костной пластинки. В эпифизах длинных трубчатых костей образуется дырчатый раневой канал. Поврежденные балки губчатого вещества отклонены в направлении полета пули. Огнестрельные переломы диафизов длинных трубчатых костей обычно представляют собой протяженный участок мелко- и крупнооскольчатых переломов. Если осколкам придать первоначальное положение, то со стороны входа пули будет виден круглый дефект с радиально отходящими трещинами, которые на боковых поверхностях кости образуют крупные осколки. Со стороны выхода пули обнаруживают крупный костный дефект, от его краев — преимущественно вдоль длинника кости — отходят множественные трещины. Косвенный признак, указывающий на локализацию входной и выходной огнестрельных ран, — «дорожка костных осколков», отходящая от кости в направлении выходной раны и обычно хорошо заметная на рентгенограммах.

3. К числу таких обстоятельств, исключающих преступность деяния, уголовное законодательство относит: необходимую оборону; причинение вреда при задержании лица, совершившего преступление; крайнюю необходимость; физическое и психическое принуждение; обоснованный риск; исполнение приказа или распоряжения (ст. 37–42 УК РФ).

   Рассмотрим те из них, которые наиболее часто встречаются при осуществлении медицинской деятельности – состояние крайней необходимости и обоснованного риска.

   Статья 39 УК РФ предусматривает, что не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам в состоянии крайней необходимости, т.е. для устранения опасности непосредственно угрожающей личности и правам данного лица или иных лиц, интересам общества и государства.

Совершаемые в состоянии крайней необходимости правомерные действия не только не считаются общественно опасными, но, напротив, признаются полезными для общества. Например, врач-терапевт в санпропускнике участковый больницы в воскресный день произвел операцию по искусственному прерыванию беременности (аборт) женщине, доставленной в лечебное учреждение с массивным маточным кровотечением после дорожно-транспортного происшествия, тем самым спас жизнь женщины. Такие действия не будут квалифицироваться по ст. 123 УК РФ незаконное производство аборта, поскольку врач действовал в условиях крайней необходимости.

Анализ ст. 39 УК РФ позволяет выделить следующие условия правомерности действий при крайней необходимости:

1. Устраняемая опасность должна быть наличной (т.е. непосредственно угрожающей причинением существенного вреда в данной время), действительной (т.е. реально существующей, а не мнимой) и неустранимой другими средствами.
2. Действия врача не должны превышать пределов необходимости.

Превышением пределов крайней необходимости признается причинение вреда, явно не соответствующего характеру и степени угрожавшей опасности и обстоятельствам, при которых опасность устранялась, когда указанным интересам был причинен вред равный или более значительный, чем предотвращенный.

Если же лицо превысило этот предел, то само состояние крайней необходимости может являться смягчающим вину обстоятельством (п. «ж» ч. 1 ст. 61 УК РФ).

Порой медицинским работникам для устранения основной опасности и спасения жизни больного приходится действовать с обоснованным риском.

Обоснованный риск, как обстоятельство, исключающее преступность деяния, закреплено в ст. 41 УК РФ. В ней говорится, что причинение вреда охраняемым законом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели не может расцениваться как преступление. Такая ситуация может возникнуть, например, когда специалист на основе своих профессиональных обязанностей, в силу возложенных на него служебных задач и представленных прав, предпринимает для достижения общественно полезной цели действия, не являющиеся стандартными.

Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута действиями, не связанными с риском, и лицо, допустившее риск, предприняло все необходимые (достаточные) меры для предотвращения возможного вреда (насколько возможно минимизировало риск). Очевидно, что при риске никогда нет полной уверенности в достижении поставленной цели, но он должен быть обоснованным и максимально оправданным.

В ст. 41 УК РФ выделены следующие условия правомерности действий при обоснованном риске:

1. Цель, ради которой лицо идет на риск, должна быть общественно полезной, а не личной (например, проверка новой технологии, применение нового метода лечения).
2. Эта цель не могла быть достигнута иными методами, не связанными с риском.
3. Лицо должно предпринять достаточные с профессиональной точки зрения меры предосторожности для предотвращения вреда.

Риск не будет признан обоснованным, если лицо заведомо сознавало, что его действия создают опасность для жизни многих людей (например, выпуск в продажу лекарства с многими отрицательными побочными явлениями), опасность экологической катастрофы или общественного бедствия.

Если при оценке конкретного случая будут установлены все условия правомерности, тогда в действиях лица преступления нет. В противном случае

лицо подлежит уголовной ответственности, но сама обстановка может являться смягчающим вину обстоятельством (п. «ж» ч. 1 ст. 61 УК РФ).

Введение в уголовное законодательство (ст. 42 УК РФ) такого обстоятельства, исключающего преступность деяния, как исполнение приказа или распоряжения, призвано повысить личную ответственность лиц (в т.ч. должностных), наделенных правом отдавать приказы и распоряжения.

В соответствии с ч. 1 названной статьи не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам лицом, действующим во исполнение обязательного для него приказа (распоряжения). Такой приказ должен быть отдан лицом, действующим в пределах своих полномочий, и только своему подчиненному, который по службе обязан его исполнять. Если же такой приказ окажется незаконным, то ответственность возлагается на лицо, отдавшее такой приказ (распоряжение).

Билет № 21

1. Характеристика странгуляционной борозды при механической асфиксии при повешении.
2. Понятия «яд» и «отравление». Условия действия ядов.
3. Характеристика преступлений медицинских работников против жизни и здоровья.

ОТВЕТ:

1. Повешение — вид странгуляционной асфиксии, который возникает от сдавления органов шеи петлей, затянувшейся под тяжестью тела погибшего или его части. При повешении свободный конец петли может располагаться сзади, сбоку или спереди. Морфологические особенности странгуляционной борозды отражают свойства петли. Жесткие и полужесткие петли образуют глубокие плотные борозды с четкими краями и выраженным осаднением, мягкие петли — поверхностные бледные мягкие борозды с размытыми границами. На подлежащих мышцах при сдавлении жесткой петлей обнаруживается выраженное вдавление соответственно расположению петли, мышцы имеют белесоватый оттенок, на ощупь их ткань плотновата. Ширина борозды соответствует ширине петли, а ее рельеф обычно отображает рельеф петли: витая веревка оставляет на шее след в виде косых параллельных полосчатых вдавлений, отделенных друг от друга узкими полосками внутрикожных кровоизлияний; поясной ремень — сплошное осаднение, на фоне которого чередуются участки неповрежденной кожи круглой формы, соответствующие отверстиям застежки ремня; скрученная простыня или полотенце — прерывистые тонкие удлиненные узкие взаимопересекающиеся полоски внутрикожных кровоизлияний, расположенных продольно или косопродольно по отношению к длиннику борозды, и др. Двойная петля образует странгуляционную борозду, разделенную по ее длиннику промежуточным валиком, представляющим ущемление кожи между двумя витками петли. По ходу этого валика часто имеются расположенные в виде цепочки множественные внутрикожные кровоизлияния. Наличие на шее нескольких странгуляционных борозд может свидетельствовать как о многооборотной петле, так и о неоднократном наложении на шею

однооборотной петли. Петля может иметь расширение в виде узла, пряжки и др. Если это утолщение прилежит к шее, оно отображается в виде дополнительного ограниченного осаднения по верхнему или обоим краям борозды. Его форма и размеры иногда точно соответствуют форме и размерам расширения, например, пряжки ремня. Иногда действие узла приводит к локальным ущемлениям кожи с множественными внутрикожными кровоизлияниями. На поверхности странгуляционной борозды и на ладонной поверхности кистей рук нередко фиксируются микрочастицы материала петли, которые могут быть выявлены и идентифицированы специальными лабораторными исследованиями. Отсутствие подобных наложений на руках погибшего важно для следственных органов, поскольку заставляет подозревать убийство. При микроскопическом исследовании обнаруживают резкое уплощение эпидермального покрова, его истончение, сглаживание сосочков дермы, вытягивание ядер параллельно поверхности кожи. И цитоплазма, и ядра интенсивно окрашиваются гематоксилином, поэтому в некоторых случаях ядра бывают неразличимы и эпидермис приобретает вид гомогенной полоски. Волокна дермы сближены, гомогенизированы и имеют базофильный оттенок. Сосуды в дне борозды сдавлены, имеют вид клеточных тяжей, расположенных параллельно поверхности кожи. Странгуляционная борозда, образовавшаяся при повешении в вертикальном положении, имеет косовосходящее направление и располагается выше щитовидного хряща. Она незамкнута и неравномерна. Неповрежденный участок шеи соответствует положению узла, на противоположной поверхности шеи борозда выражена в наибольшей степени. О повешении свидетельствуют признаки, указывающие на продольное растяжение шеи: поперечные разрывы интимы общих сонных артерий (признак Амюсса), кровоизлияния в адвентицию этих сосудов (признак Мартина) и в медиальные ножки грудино-ключичнососцевидных мышц. Выделяют и другие признаки повешения: кровотечение из носа, уха и рта, выпадение языка и ущемление его кончика между зубами, симптом Фриберга (локальная вакуолизация интимы сонных артерий), кровоизлияния в регионарные лимфоузлы, повреждения связок и межпозвоночных дисков шейного отдела позвоночника (кровоизлияния в межпозвонковые диски — симптом Симона), перелом зубовидного отростка II шейного позвонка, повреждения шейного отдела спинного мозга, кровоизлияния в заглазничную клетчатку, в корень и ткань языка, глотку. При длительном пребывании трупа в петле в вертикальном положении трупные пятна образуются в нижних конечностях и кистях. Если в процессе длительного пребывания трупа в петле развиваются активные гнилостные процессы и мягкие ткани шеи подвергаются гнилостному разрушению, шея может значительно удлиниться (иногда до 20–30 см) — полный отрыв туловища наблюдается крайне редко. При повешении в положении сидя или лежа многие из перечисленных признаков будут отсутствовать, однако незамкнутый и неравномерный характер борозды все-таки будет свидетельствовать о повешении.

2. Под **химической травмой** понимают структурно-функциональные нарушения, вызванные химическим или физико-химическим действием веществ, введенных в организм извне. Это понятие включает отравления (вызываемые общим действием экзогенных веществ на организм) и химические ожоги (результат местного повреждающего действия веществ).

   Ядом называют вещество, способное вызвать отравление, даже будучи введено в малом количестве. Яд — понятие относительное, поскольку любое вещество при определенных условиях вызывает отравление. С другой стороны, одно и то же вещество в зависимости от дозы может привести к смертельному отравлению, вызвать лечебный эффект или оказаться индифферентным. Поэтому понятие яда

представляет интерес более для гигиенистов, чем для судебных медиков. Более целесообразно говорить не о ядах, а о токсическом действии веществ.

Вещества, вызывающие смертельные отравления, можно систематизировать по разным принципам. Для следственных органов при выяснении обстоятельств отравления наиболее удобна классификация по применению в хозяйстве (промышленные, бытовые и др.), для судебных химиков — по химической структуре, для клиницистов — по избирательности действия (вещества с преимущественным действием на сердечно-сосудистую, мочевыделительную, центральную или периферическую нервную систему и др.). В судебной медицине принято рассматривать вещества в зависимости от морфологических проявлений их повреждающего действия.

Вещества, вызывающие некроз тканей в месте их контакта с организмом (химический ожог), традиционно называют едкими ядами. Тяжелые химические ожоги внутренних органов ведут к нарушению функций всего организма, поэтому их относят к отравлениям.

Вещества, взаимодействующие с гемоглобином и нарушающие его транспортную функцию, называют гемоглобинотропными ядами, а вызывающие гемолиз — гемолитическими. В большинстве случаев одно и то же вещество обладает обоими механизмами действия, выраженными в разной степени, поэтому указанные две группы объединяют под названием кровяных ядов.

Действие паренхиматозных ядов связано с развитием дистрофических и некротических изменений внутренних органов, наиболее чувствительных к их токсическому действию.

Именно для этой группы характерно относительно селективное действие на определенные ткани. Если гепато- и нефротропные яды вызывают некроз и дистрофию, заметные макроскопически, то признаки повреждающего действия кардио- и нейротропных веществ выявляются лишь при гистологическом исследовании или требуют применения гистохимических и электронно-микроскопических методов.

Ранее считалось, что вещества, специфически действующие на метаболизм нейромедиаторов или взаимодействующие с их рецепторами, вызывают нарушения лишь на молекулярном уровне, не выявляемые объективными методами. Однако, по современным данным, при отравлении такими веществами обнаруживаются также тяжелые дистрофические и некротические процессы в центральной нервной системе, а порой и в других органах.

По клинико-морфологическим особенностям нейротропные яды целесообразно разделить на:

• угнетающие центральную нервную систему (наркотики опийной группы, одноатомные и многоатомные спирты, органические растворители, снотворные, транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики, фосфорорганические соединения); • возбуждающие центральную нервную систему (кокаин, фенамин и другие симпатомиметики, а также галлюциногены); • судорожные (стрихнин, цикутотоксин, эрготамин и фосфорорганические соединения); • холиномиметики (фосфорорганические соединения входят и в эту группу); • холинолитики (атропин и др.); • миорелаксанты.

Приведенная группировка ядов весьма условна, так как в зависимости от разных доз, концентрации, путей поступления яда в организм и т.п. одно и то же отравляющее вещество может действовать по-разному и вызывать разные морфофункциональные изменения.

Условия токсического действия веществ на организм. Наличие и характер морфофункциональных изменений при отравлениях зависят от совокупного влияния многих условий.

К ним относятся свойства вещества, его доза, пути введения, распределение, депонирование и пути выведения из организма, условия внешней среды, комбинация с другими веществами, состояние организма К свойствам яда, способным влиять на характер отравления, относят его дозу, концентрацию, агрегатное состояние, растворимость и сохраняемость во внешней среде.

Доза — количество поступившего в организм яда. Смертельная доза может составлять сотые (стрихнин), десятые (морфин) доли грамма, несколько граммов (концентрированные минеральные кислоты), сотни граммов (этиленгликоль). Наступление смерти зависит не непосредственно от дозы, а от концентрации вещества в чувствительных к нему тканях, которая определяется также скоростью введения и элиминации вещества.

Наиболее агрессивны те вещества, которые быстрее поступают в кровь, т.е. жидкие и газообразные, причем повышение температуры ускоряет их всасывание. Более опасны яды, способные быстро растворяться в тканях организма (тетраэтилсвинец). С другой стороны, вещество, не растворяющееся ни в воде, ни в липидах, не может вызвать отравление.

Некоторые яды не обладают способностью длительно сохраняться во внешней среде. Так, калия цианид KCN, извлеченный из герметичной упаковки, под действием углекислого газа, содержащегося в воздухе, превращается в поташ K2CO3, способный при приеме внутрь вызывать лишь легкое послабляющее действие.

На исход отравления оказывают влияние свойства самого организма. При прочих равных условиях у человека с меньшей массой тела отравление протекает тяжелее, чем у человека с большей массой. Здесь имеет значение распределение дозы принятого яда.

Существенное значение при приеме яда внутрь имеют количество, консистенция и химический состав содержимого желудка, которое может снизить концентрацию яда, окислить, восстановить, полностью или частично адсорбировать его. Усугубляют течение отравления заболевания, нарушающие дезинтоксикационную функцию печени и выделительную функцию почек и способствующие тем самым накоплению яда в организме.

Замечена более высокая чувствительность к ядам у детей по сравнению со взрослыми, что

обычно объясняют недостаточно сформированной общей сопротивляемостью детского организма к различным экзогенным воздействиям, а также низкой активностью печеночных ферментов ребенка. Беременность и менструации снижают устойчивость женского организма к яду.

Действие яда на организм, сенсибилизированный к нему, может привести к тяжелым последствиям и даже летальным исходам при относительно небольшой дозе.

Особенности течения отравления могут быть обусловлены генетическими причинами.

Известно, что примерно у одного на тысячу жителей резко снижена активность сывороточной холиэнстеразы, гидролизирующей дитилин. У этих людей действие введенного в организм дитилина может удлиняться до 2 часов, что представляет большую опасность для здоровья и жизни таких пациентов, если иметь в виду, что дитилин применяется при введении в наркоз для расслабления скелетной мускулатуры всего на несколько минут.

Повторяющееся введение в организм небольших доз некотонедрых ядов вызывает привыкание — повышает устойчивость к этому яду. Тахифилаксия — понижение чувствительности к некоторым веществам при их повторных введениях, развивающееся через короткие промежутки времени. К числу вызывающих ее

веществ можно отнести некоторые сосудосуживающие: эфедрин, фенамин, питуитрин и др.

Толерантность к психоактивным веществам, вызывающим зависимость, развивается медленнее. Действуя на кору головного мозга, эти вещества вызывают эйфорию и формируют нарастающую потребность в повторных приемах; прекращение приема вызывает тяжелые субъективные ощущения и вегетативные нарушения (абстиненция).

Наркоманы остаются в живых при введении в организм доз наркотиков, многократно превышающих смертельные уровни.

Замечено, что отравления протекают тяжелее у людей, ослабленных травмами, хроническими заболеваниями, у детренированных и психически истощенных.

Значение путей введения яда в организм определяется тем, насколько быстро они обеспечивают поступление яда в кровь. Менее всего опасны накожные аппликации яда, хотя некоторые из них (фенол, тетраэтилсвинец, некоторые жирорастворимые вещества) достаточно агрессивны при контакте с поверхностью кожи в зависимости от площади и времени контакта. Наиболее опасно аэрогенное и парентеральное поступление ядов, хотя встречаются такие вещества, которые представляют опасность в основном при приеме внутрь и почти безвредны при подкожном введении (углекислый барий). Аэрогенный путь введения приводит к отравлениям в производственных условиях при превышении предельно допустимых концентраций (ПДК) в воздухе рабочей зоны.

Яд может быстро всасываться в кровь и через слизистую оболочку влагалища при промывании его растворами ядовитых медикаментов. Особенности течения отравлений при введении ядов через прямую кишку и влагалище обусловливаются тем, что яды поступают в кровь, минуя печеночный барьер, и тем самым оказывают более выраженное токсическое действие, чем при поступлении тех же ядов и в тех же дозах через рот.

Распределение и депонирование яда в организме во многом зависят от химической структуры и агрегатного состояния яда, его способности растворяться в различных тканях и средах организма. Жирорастворимые яды (дихлорэтан, четыреххлористый углерод, бензол и др.) накапливаются в жировой ткани, печени, головном мозге. Водорастворимые яды, распространяясь во всем организме, преимущественно концентрируются в мышечной ткани, головном мозге, печени, почках. Наибольшие концентрации ядов в крови обычно бывают в период их всасывания, наименьшие — в стадии выведения. Некоторые яды могут депонироваться в костях и волосах (мышьяк, свинец, фосфор и др.).

Выделение ядов из организма происходит в большинстве случаев через почки и легкие. Через почки выводятся в основном растворимые в воде и нелетучие яды, через легкие — летучие и газообразные вещества, многие метаболиты. Менее активно выводятся яды через желудочно-кишечный тракт (алкалоиды, соли тяжелых металлов, метиловый спирт и др.).

С желчью выводятся спирты, наркотики, эфирные масла; через слюнные и молочные железы — соли тяжелых металлов, морфин, этиловый алкоголь, пилокарпин и бертолетова соль; через потовые железы — фенол, галоиды.

Неблагоприятные внешние условия (повышенная и пониженная температура, влажность, атмосферное давление и др.) ослабляют общую сопротивляемость организма и тем самым усугубляют клиническое течение отравления. Классический пример — усугубляющее действие низкой температуры окружающей среды на течение алкогольных отравлений.

Отсутствие вентиляции является фактором, способствующим возникновению отравлений газами.

При одновременном поступлении в организм нескольких ядов они могут оказать комбинированное действие: синергисты (например, алкоголь и барбитураты) утяжеляют течение отравления, антагонисты (алкоголь и кофеин, цианиды и глюкоза, цианиды и нитрит натрия и др.) взаимно ослабляют токсическое действие друг друга.

Процесс взаимодействия яда и организма называется токсикодинамикой, а превращения яда в организме определяются понятием токсикокинетики.

3. Преступления против жизни и здоровья пациента.
   - ■ Убийство (ст. 105 УК РФ).
   - ■ Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ).
   - ■ Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 118 УК РФ).
   - ■ Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (ст. 120 УК РФ).
   - ■ Заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 4 ст. 122 УК РФ).
   - ■ Незаконное проведение искусственного прерывания беременности (ст. 123 УК РФ).
   - ■ Неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ).
   - — Преступления против конституционных прав и свобод человека.
   - ■ Незаконное лишение свободы (ст. 127 УК РФ).
   - ■ Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях (ч. 2 ст. 128 УК РФ).

НЕЗАКОННОЕ ПРОВЕДЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (СТ. 123 УК РФ)

Общественная опасность рассматриваемого преступления обусловлена тем, что нарушение правил проведения операции по искусственному прерыванию беременности влечет за собой тяжкие последствия: смерть женщины, бесплодие, стойкую утрату трудоспособности и др. Вероятность наступления негативных последствий тем выше, чем меньше медицинских знаний и навыков у лица, проводящего эту операцию.

Статья 123 УК РФ предусматривает уголовную ответственность за незаконное проведение искусственного прерывания беременности, под которой понимают проведение искусственного прерывания беременности лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля. Данное преступление предусматривает максимальное наказание в виде исправительных работ на срок до 2 лет.

Определяющий критерий квалификации данного преступления — отсутствие у его субъекта необходимого высшего медицинского образования соответствующего профиля. Таким образом, закон связывает наступление уголовной ответственности не со способом проведения этой операции, а со специальностью виновного (проведение операции медицинской сестрой, акушеркой, врачом-терапевтом и т.п.). Уголовная ответственность не исключена даже в тех случаях, когда операция проведена с соблюдением всех правовых условий для ее проведения (соблюдены законные сроки, есть необходимые медицинские и социальные показания и т.п.).

Так, старшая медицинская сестра кардиологического отделения центральной городской больницы была осуждена к отбыванию наказания в виде двух лет лишения свободы за производство в помещении поликлиники криминального аборта беременной З. (срок 16 нед) путем введения через катетер в полость матки

100,0 фурацилина, что повлекло возникновение гнойного эндометрита, осложненного сепсисом, и необходимость экстирпации матки.

Если операцию по прерыванию беременности проводит акушер- гинеколог с нарушением порядка ее проведения, такие действия признают ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Ответственность в таком случае устанавливается в зависимости от общественно опасных последствий для жизни и здоровья женщины: в случае наступления смерти — на основании ч. 2 ст. 109 УК РФ, а в случае причинения тяжкого вреда здоровью — по ч. 2 ст. 118 УК РФ.

Например, акушер-гинеколог М. городской больницы в своей квартире с использованием медицинских инструментов неоднократно за крупное денежное вознаграждение производила незаконные аборты женщинам с различными сроками беременности. В частности, 11 февраля, находясь в состоянии алкогольного опьянения, М. произвела криминальный аборт гражданке К. 22 лет, путем введения в полость матки спиртового раствора, а затем, применив медицинские инструменты, извлекла плод. Указанные действия привели к возникновению у К. гнойного эндометрита, явившегося причиной развития генерализованного сепсиса и фибринозно-гнойной двусторонней пневмонии, что повлекло смертельный исход.

Преступление считают оконченным с момента прерывания беременности, т.е. удаления плода из чрева матери, независимо от наступления последствий для вреда здоровью женщины (формальный состав преступления). Причинение по неосторожности смерти потерпевшей или причинение тяжкого вреда ее здоровью — квалифицирующие признаки (ч. 3 ст. 123 УК РФ), что влечет наказание вплоть до лишения свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

ЗАРАЖЕНИЕ ИНФЕКЦИЕЙ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (Ч. 4 СТ. 122 УК РФ)

Опасность ВИЧ-инфекции (заражения вирусом иммунодефицита), болезни, не поддающейся эффективному лечению на современном этапе, «чумы XX века», трудно переоценить.

Пусковым моментом для принятия решения о применении уголовно-правового способа борьбы с фактами ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей послужили события конца 90-х годов прошлого столетия, когда в нескольких лечебных учреждениях (городов Элисты, Ростова-на-Дону и других административных центров) произошли трагические случаи ВИЧ-инфицирования десятков пациентов, в том числе новорожденных и малолетних детей, в результате применения медицинскими работниками этих клиник шприцов многоразового использования, катетеров и скальпелей с грубым нарушением правил их санитарной обработки (стерилизации), а также повторного использования одноразовых шприцов.

К сожалению, и в наши дни периодически появляются сообщения о тяжелых последствиях после переливания крови и ее компонентов, содержащих вирус ВИЧ-инфекции.

Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 4 ст. 122 УК РФ) наказывают вплоть до лишения свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет.

Объективную сторону рассматриваемого преступления характеризуют действием (например, врач переливает не прошедшую ка- рантизацию кровь, зараженную ВИЧ-инфекцией) или бездействием (например, медицинская сестра не провела стерилизацию инструмента), повлекшим заражение ВИЧ-инфекцией другого лица.

Субъективная сторона выражена в форме неосторожности, как правило, в виде легкомыслия (самонадеянности), поскольку медицинский работник должен был и мог предвидеть возможность наступления негативных последствий нарушения им своих профессиональных обязанностей при проведении медицинского вмешательства.

Субъект преступления, предусмотренного ч. 4 ст. 122 УК РФ, — специальный. Это могут быть медицинские работники (врачи, медицинские сестры, фельдшеры, акушерки), работники станций переливания крови, которые ставят в результате несоблюдения элементарных правил предосторожности в опасность заражения ВИЧ-инфекцией бессчетное количество людей.

Билет № 22

1. Характеристика входной огнестрельной раны при выстреле в упор.
2. Механическая асфиксия при сдавлении органов шеи руками. Клинико-морфологическая характеристика повреждений.
3. Уголовная ответственность за ненадлежащее оказание медицинской помощи.

ОТВЕТ:

1. При выстреле в упор под прямым углом к поверхности повреждаемой части тела основная масса вылетающих из канала ствола пороховых газов, действуя компактно, пробивает кожу, затем, расширяясь, отслаивает ее и с силой прижимает к дульному концу оружия. В результате возникает ссадина или кровоподтек, повторяющие форму и размеры дульного конца оружия. Такое повреждение называют штампом-отпечатком (штанцмаркой).

   Иногда по краям входного отверстия образуются дополнительные разрывы кожи. Они часто наблюдаются при выстрелах в упор в область мозгового черепа, относительно

   редко — при выстрелах в области тела со значительным массивом мягких тканей, и практически не встречаются при выстрелах в упор в живот и грудную клетку. Такая локализация связана с неспособностью газов преодолеть сопротивление костной ткани, в результате чего вся их энергия идет на разрыв кожи.

   Вместе с пороховыми газами в раневой канал устремляются копоть выстрела, порошинки и металлические частицы. Проникая в раневой канал, пороховые газы взаимодействуют с богатыми кровью тканями и образуют карбоксигемоглобин, метгемоглобин и др. Если пороховые газы достигают полостей и полых органов, то, резко расширяясь, они способны вызвать обширные разрывы ткани внутренних органов.

   Описанный механизм служит основой для понимания принципа образования следующих морфологических признаков выстрела в упор:

   • большой дефект кожи, превышающий калибр огнестрельного снаряда, как следствие пробивного действия пороховых газов; • отслойка кожи по краям входной огнестрельной раны, разрывы краев кожи как результат проникновения пороховых газов под кожу и их разрывного действия; • ссадина или кровоподтек в виде штамп-отпечатка дульного конца оружия; • обширные разрывы внутренних органов как последствие разрывного действия пороховых газов, проникших в

полости или полые органы; • разрывы кожи в области выходной раны при повреждении тонких частей тела (пальцы, кисть, предплечье, голень, стопа) в результате разрывного действия пороховых газов; • наличие копоти в глубине раневого канала при отсутствии ее на поверхности поврежденной кожи; • светло-красная окраска мышц в зоне входной раны из-за химического действия пороховых газов.

Ввиду конструктивных особенностей дульного конца ствола некоторых образцов оружия (окна-отверстия для отвода пороховых газов, кососрезанный дульный конец и др.) отдельные признаки выстрела в упор могут отсутствовать.

При выстреле в упор под некоторым углом к поверхности поврежденной части тела основная масса пороховых газов, копоти, порошинок все-таки проникает в раневой канал, однако часть этих дополнительных факторов выстрела оказывает повреждающее действие на поверхность кожи вблизи раны, что приводит к образованию односторонних разрывов кожи и эксцентричному отложению копоти и порошинок вблизи краев входной огнестрельной раны.

В ряде случаев эксцентричное, бабочковидное, трех- или шестилепестковое расположение копоти вблизи от краев огнестрельной раны определяется конструкцией дульного конца некоторых образцов оружия (наличие дульно-тормозного устройства, пламегасителя и др.).

2. От действия пальцев рук при сдавлении на шее возникают небольшие круглые или овальные кровоподтеки.

Число их варьирует, однако обычно не превышает шести или восьми. Кровоподтеки располагаются группами по два-четыре на небольшом расстоянии друг от друга. Иногда на фоне кровоподтека образуются дугообразные или короткие полосовидные ссадины от ногтей. Расположение кровоподтеков не всегда симметрично и во многом зависит от положения пальцев рук в момент сдавления шеи.

Объем и выраженность внутренних повреждений значительно больше, чем наружных. Как правило, это массивные и глубоко расположенные кровоизлияния, муфтообразно окутывающие сосудисто-нервные пучки шеи, трахею, пищевод. Нередки переломы подъязычной кости, хрящей гортани и трахеи. При прокладывании между руками и шеей мягких предметов наружные повреждения могут и вовсе отсутствовать.

При удавлении руками возникают следующие повреждения костей и хрящей гортани:

• односторонние и двусторонние переломы больших рогов в местах соединения их с телом, в единичных случаях — тела подъязычной кости; • одно- или двусторонние переломы щитовидного хряща (встречаются практически все варианты повреждений хрящевой ткани: переломы, разрывы, трещины, надломы); • в единичных случаях неполные разрывы перстнещитовидных суставов; • трещины и переломы передней дуги, реже боковых отделов перстневидного хряща; • трещины, надломы и переломы одного или нескольких полуколец трахеи по одной, реже двум или трем линиям.

При сдавлении шеи между предплечьем и плечом наружных повреждений на шее обычно не возникает, в то время как в подкожной клетчатке и мышцах шеи образуются обширные разлитые кровоизлияния.

Жертва обычно оказывает сопротивление, что приводит к повторным попыткам удавления руками. В результате на шее образуются дополнительные повреждения, взаимное расположение которых принимает беспорядочный характер. Попытки подавить сопротивление выражаются в давлении на грудь, живот и конечности ногами нападающего. Последствием таких действий будут множественные кровоподтеки, иногда кровоизлияния и разрывы ткани печени, переломы ребер.

Оказывая сопротивление, жертва также может причинять повреждения нападающему. В таких случаях в подногтевом содержимом погибшего от удавления, применяя лупу или бинокулярный микроскоп, можно выявить текстильные волокна, обрывки волос, частицы кожи, следы крови. Иммуносерологическим исследованием биологических объектов можно установить их органотканевую, видовую, группоспецифическую и половую принадлежность.

3. НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (Ч. 2 СТ. 118, Ч. 2 СТ. 109 УК РФ)

От неоказания помощи больному (ст. 124 УК РФ) следует отличать ненадлежащее, преступно-неосторожное оказание медицинской помощи.

Ненадлежащее оказание медицинской помощи — оказание медицинской помощи пациенту не в соответствии с общепринятыми порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения РФ, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанными и утвержденными медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, в том числе технические и лечебно-диагностические ошибки при оказании медицинской помощи пациенту.

В соответствии со ст. 37 ФЗ №323 медицинскую помощь оказывают на основе стандартов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации. Медицинские работники обязаны оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями (ст. 73 ФЗ №323).

В зависимости от вида наступивших последствий уголовная ответственность медицинского работника наступает по различным статьям УК РФ, предусматривающим ответственность за причинение по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей тяжкого вреда здоровью (ч. 2 ст. 118 УК РФ) или смерти человека (ч. 2 ст. 109 УК РФ). Действующим уголовным законодательством ответственность за причинение по неосторожности средней тяжести и легкого вреда здоровью не предусмотрена.

Объективная сторона преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 118 и ч. 2 ст. 109 УК РФ, выражается в ненадлежащем исполнении медицинским работником своих профессиональных обязанностей, причинившим соответствующие последствия — тяжкий вред здоровью (ч. 2 ст. 118) или смерть пациента (ч. 2 ст. 109). Это могут быть поздняя госпитализация, недостаточная подготовка и небрежное выполнение диагностических или лечебных манипуляций, небрежное применение лекарственных средств и т.п. Наступление последствий должно состоять в причинно-следственной связи с ненадлежащим исполнением медицинским работником своих профессиональных обязанностей.

За причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи ч. 2 ст. 118 УК РФ предусматривает наказание вплоть до лишения свободы на срок до 1 года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

По данной статье УК РФ была привлечена к уголовной ответственности медицинская сестра хирургического отделения центральной городской больницы З. В стационаре больному В., 33 года, была произведена операция аппендэктомии. В послеоперационном периоде по назначению врача больному делались клизмы. Во время очередной манипуляции З. в результате преступной небрежности ошибочно ввела 25% раствор формалина, причинив химический ожог прямой и сигмовидной

кишок. По заключению экспертизы, больному был причинен тяжкий вред здоровью.

Когда результатом грубой невнимательности, небрежности, самонадеянности, профессионального невежества медицинского работника стала жизнь человека, применяют ч. 2 ст. 109 УК РФ, которая предусматривает наказание вплоть до лишения свободы на срок до 3 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

На основе изучения значительного количества (1127 заключений) комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников, личного опыта участия в работе экспертных комиссий, а также обобщения материалов следственно-судебной практики, профессором Ю.Д. Сергеевым был составлен дифференцированный примерный перечень основных, наиболее часто встречаемых в медицинской деятельности обстоятельств, способствующих ненадлежащему оказанию медицинской помощи.

— Недостатки организационного характера: ненадлежащее знание медицинскими работниками основ законодательства по здравоохранению и ведомственных нормативных актов, регламентирующих их профессиональную деятельность; низкий уровень профессиональной подготовки медицинских кадров в лечебнопрофилактическом учреждении; нарушение установленного ТК РФ режима труда и отдыха медперсонала и т.д.

— Диагностические и лечебно-тактические недостатки: необоснованный отказ в госпитализации больного (пострадавшего); недооценка медицинским работником тяжести состояния больного; недостаточное использование врачом диагностических приемов и методов; ненадлежащий сбор анамнеза жизни и заболевания; необоснованный перевод пациента из одного лечебно-профилактического учреждения в другое; нарушение деонтологических принципов медицины и т.д.

- Недостатки в хирургической практике: нарушены правила транспортировки больного (пострадавшего); не распознано основное хирургическое заболевание (повреждение) или осложнение, а также важное сопутствующее заболевание; поздно диагностировано хирургическое заболевание (повреждение); нарушены правила подсчета использованных в ходе операции осушающего материала, инструментов и т.п. (оставление инородных тел); необоснованно ранняя выписка из стационара и т.д.
- Недостатки в акушерско-гинекологической практике: несвоевременное (позднее) взятие беременной на учет в женской консультации (фельдшерско-акушерском пункте); отсутствие надлежащего обследования и регулярного наблюдения за течением беременности врачами женской консультации; несвоевременная госпитализация в отделение патологии беременности; неправильная тактика ведения родов; нарушение правил проведения операции искусственного прерывания беременности и т.д.
- Недостатки в педиатрической практике: ненадлежащий патронаж и наблюдение за детьми, особенно раннего возраста и из группы риска, на дому, нарушение порядка и сроков проведения профилактических прививок, отсутствие контроля за состоянием ребенка после вакцинации; недостаточно полный сбор анамнеза, в том числе аллергологического, развития ребенка и течения заболевания; отсутствие или недостаточность контроля за лечением ребенка на дому; отсутствие преемственности в обследовании и лечении ребенка и т.д.
- Недостатки при оказании скорой и неотложной медицинской помощи: необоснованно запоздалый выезд медицинской бригады к больному (пострадавшему); необоснованный отказ в транспортировке в лечебно-

профилактическое учреждение для госпитализации; недостаточное знание работниками скорой (неотложной) помощи своих прав и обязанностей; недостаточно полное выяснение причин и условий возникновения заболевания, отравления, травмы и их клинического течения; преждевременное, до установления диагноза, введение наркотических и других веществ, затушевывающих клиническую картину и затрудняющих диагностику и т.д.

Изложенный перечень обстоятельств, способствующих ненадлежащему оказанию медицинской помощи, не является исчерпывающим. Вместе с тем знание и объективное предвидение возможности возникновения в конкретном лечебно-профилактическом учреждении таких наиболее распространенных обстоятельств, а следовательно, и реальная возможность их устранения и предупреждения — надежная мера профилактики профессиональных правонарушений медицинских работников.

Субъективная сторона деяний, предусмотренных ч. 2 ст. 118 и ч. 2 ст. 109 УК РФ, характеризуется неосторожной виной в форме легкомыслия и небрежности.

Небрежность возникает, когда медицинский работник не предвидит возможности наступления общественно опасных последствий (причинение вреда здоровью или смерть больного), хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должен был и мог их предвидеть. Например, медицинская сестра по невнимательности, не прочитав этикетку на флаконе, дает больному вместо лекарства сильный яд.

Экспертными комиссиями, а также ведомственным расследованием выявлено, что почти в каждом шестом случае ненадлежащей медицинской помощи была явно недостаточной профессиональная квалификация врача в сочетании с преступной самонадеянностью. Причинение по неосторожности тяжкого вреда здоровью или смерти человека следует отличать от случайного ее причинения — «врачебной ошибки», т.е. таких случаев, когда лицо не только не предвидело возможности их причинения, но по обстоятельствам дела не должно было и не могло их предвидеть. Например, при парентеральном введении димедрола (антигистаминного препарата) внезапно возникает сильная аллергическая реакция и наступает внезапная смерть. Вина медицинского работника при несчастном случае (казусе) отсутствует и уголовная ответственность исключена.

Указанные случаи описаны в ст. 28 УК РФ «Невиновное причинение вреда», которая закрепляет, что:

— деяние признается совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, не осознавало и по обстоятельствам дела не могло осознавать общественной опасности своих действий (бездействия) либо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий и по обстоятельствам дела не должно было или не могло их предвидеть;

— деяние признается также совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, хотя и предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но не могло предотвратить эти последствия в силу несоответствия своих психофизиологических качеств требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам.

При осуществлении медицинской деятельности, к сожалению, несчастных случаев нельзя избежать даже при самом добросовестном отношении врачей к выполнению своих профессиональных обязанностей. Важный фактор — обстоятельство, в соответствии с которым ответственность медицинского работника не наступает в силу наличия объективных причин недостатков и упущений в диагностике и лечении.

Основание освобождения от ответственности медицинских работников при несчастных случаях — отсутствие вины, поскольку при добросовестном и

квалифицированном выполнении своих профессиональных обязанностей медицинский работник не предвидел и не мог предвидеть возможности наступления неблагоприятных последствий.

На основании проведенного обобщения экспертной и клинической практики и личного опыта профессором Ю.Д. Сергеевым еще в 1988 г. был составлен примерный перечень обстоятельств, которые могут повлечь объективно ненадлежащую медицинскую помощь:

— недостаточность, ограниченность медицинских познаний в вопросах диагностики, лечения и профилактики некоторых заболеваний и осложнений (неполнота сведений в медицинской науке о механизмах патологического процесса; отсутствие патогномоничных признаков заболевания, четких критериев раннего распознавания и прогнозирования таких болезней);

— несовершенство отдельных инструментальных медицинских методов диагностики и лечения;

— чрезвычайная атипичность, редкость или злокачественность данного заболевания и его осложнения;

— несоответствие между действительным объемом прав и обязанностей данного медицинского работника и производством требуемых действий по диагностике и лечению;

— недостаточные условия для оказания надлежащей медицинской помощи пациенту с данным заболеванием (повреждением) в условиях конкретного лечебно-профилактического учреждения (уровень оснащенности диагностической и лечебной аппаратурой и оборудованием);

— исключительность индивидуальных особенностей организма пациента;

— ненадлежащие действия самого пациента, его родственников, других лиц (позднее обращение за медицинской помощью; отказ от госпитализации; уклонение, противодействие при осуществлении лечебно-диагностического процесса, нарушение режима лечения и реабилитации);

— особенности психофизиологического состояния медицинского работника (болезнь, крайняя степень переутомления).

Перечисленные обстоятельства в различных медицинских инцидентах могут играть ведущую, основную роль в наступлении негативных последствий. Общественно-опасные деяния, совершенные при наличии объективных, не зависящих от добросовестности и квалификации медицинского работника причин, подпадают под определение казуса — невиновного причинения вреда (ст. 28 УК РФ). Вместе с тем они могут выступать и в качестве условий, своеобразного фона, на котором осуществлены ненадлежащие действия медицинских работников, обусловленные причинами субъективного характера.

Билет № 23

1. Клинико-морфологическая характеристика повреждений от местного действия низкой температуры.
2. Характеристика странгуляционной борозды при удавлении петлей.
3. Неоказание помощи больному: характеристика состава преступления.

ОТВЕТ:

1. Устойчивость человека к низкой температуре больше, чем к высокой. Так, коагуляция белка не происходит даже при его замораживании. Тем не менее при низкой температуре нарушаются все биохимические реакции, поскольку многие ферментные системы могут работать только при определенных температурах, снижается биологическая активность тканей, нарушается их снабжение кислородом. Замедление биохимических процессов в тканях прямо пропорционально падению тканевой температуры. На холоде задерживается рост тканей, замедляется всасывание жидкостей, воспалительные процессы протекают вяло. Поэтому действие холода на организм всегда одновременно и общее, и местное. Поражение наступает при длительном воздействии низкой температуры окружающей среды, при контакте со значительно охлажденными предметами или испарениями глубоко охлажденных жидкостей и газов. Местное действие низкой температуры усугубляют повышенная влажность, ветер, повреждения или заболевания пораженной части тела, наличие местных трофических расстройств, тесная обувь и одежда, адинамия. Последствия местного поражения низкой температурой (отморожения) возникают, как правило, на открытых частях тела (кончике носа, щеках, ушных раковинах), периферических частях конечностей. При местном охлаждении тканей вначале развивается спазм, а затем паралич сосудов.

   Кровообращение замедляется и далее полностью прекращается. Температура тканей снижается. При охлаждении тканей до температуры 10–12 °С наступает их гибель.

   Различают четыре степени отморожения:

   • I степень характеризуется незначительными местными болями, покалыванием, чувством онемения. Кожа становится синюшной и приобретает мраморный рисунок.

   Гистологически выявляются гиперемия, стаз крови и отек дермы; • о II степени свидетельствуют пузыри, наполненные светлым содержимым. Дно пузырей сохраняет способность реагировать на болевое раздражение. Ростковый слой кожи не поражается, поэтому заживление ведет к полному восстановлению нормального строения кожи; • III степень отличается наличием пузырей с геморрагическим содержимым. Дно вскрывшихся пузырей нечувствительно к механическому раздражению. Некроз охватывает всю толщу дермы. Исход отморожений третьей степени связан с образованием рубцов кожи; • IV степень — это некроз, охватывающий всю толщу тканей пораженной части лица или конечностей, включая и кости. Развивается сухая гангрена: ткани черного цвета, сухие, окаймлены демаркационной полосой синюшно-красного цвета. Позднее пораженная часть конечности отторгается. Исходом отморожений IV степени могут быть инфекционные осложнения.

   В холодное время года при соприкосновении с резко охлажденными металлическими предметами может возникнуть контактное отморожение. Такие отморожения внешне сходны с ожогами, отражают форму и размеры контактной поверхности охлажденного предмета.

   Судебно-медицинское значение отморожений невелико. Наличие отморожений позволяет судить лишь о длительном пребывании на холоде и в отдельных случаях — дифференцировать прижизненное и посмертное действия низкой температуры.

2. Удавление петлей — вид странгуляционной асфиксии, при котором петля затягивается под влиянием любой силы, кроме тяжести тела погибшего. Чаще всего петля затягивается посторонней рукой. Сдавление шеи достигается затягиванием узла перехлестнутыми свободными концами петли или с помощью

закрутки. Морфологические особенности странгуляционной борозды отражают свойства петли. Жесткие и полужесткие петли образуют глубокие плотные борозды с четкими краями и выраженным осаднением, мягкие петли — поверхностные бледные мягкие борозды с размытыми границами. На подлежащих мышцах при сдавлении жесткой петлей обнаруживается выраженное вдавление соответственно расположению петли, мышцы имеют белесоватый оттенок, на ощупь их ткань плотновата. Ширина борозды соответствует ширине петли, а ее рельеф обычно отображает рельеф петли: витая веревка оставляет на шее след в виде косых параллельных полосчатых вдавлений, отделенных друг от друга узкими полосками внутрикожных кровоизлияний; поясной ремень — сплошное осаднение, на фоне которого чередуются участки неповрежденной кожи круглой формы, соответствующие отверстиям застежки ремня; скрученная простыня или полотенце — прерывистые тонкие удлиненные узкие взаимопересекающиеся полоски внутрикожных кровоизлияний, расположенных продольно или косопродольно по отношению к длиннику борозды, и др. Двойная петля образует странгуляционную борозду, разделенную по ее длиннику промежуточным валиком, представляющим ущемление кожи между двумя витками петли. По ходу этого валика часто имеются расположенные в виде цепочки множественные внутрикожные кровоизлияния. Наличие на шее нескольких странгуляционных борозд может свидетельствовать как о многооборотной петле, так и о неоднократном наложении на шею однооборотной петли. Петля может иметь расширение в виде узла, пряжки и др. Если это утолщение прилежит к шее, оно отображается в виде дополнительного ограниченного осаднения по верхнему или обоим краям борозды. Его форма и размеры иногда точно соответствуют форме и размерам расширения, например, пряжки ремня. Иногда действие узла приводит к локальным ущемлениям кожи с множественными внутрикожными кровоизлияниями. На поверхности странгуляционной борозды и на ладонной поверхности кистей рук нередко фиксируются микрочастицы материала петли, которые могут быть выявлены и идентифицированы специальными лабораторными исследованиями. Отсутствие подобных наложений на руках погибшего важно для следственных органов, поскольку заставляет подозревать убийство. При микроскопическом исследовании обнаруживают резкое уплощение эпидермального покрова, его истончение, сглаживание сосочков дермы, вытягивание ядер параллельно поверхности кожи. И цитоплазма, и ядра интенсивно окрашиваются гематоксилином, поэтому в некоторых случаях ядра бывают неразличимы и эпидермис приобретает вид гомогенной полоски. Волокна дермы сближены, гомогенизированы и имеют базофильный оттенок. Сосуды в дне борозды сдавлены, имеют вид клеточных тяжей, расположенных параллельно поверхности кожи. Странгуляционная борозда, образовавшаяся от удавления петлей, в типичном случае будет горизонтальной, замкнутой, равномерной, расположенной на уровне или ниже щитовидного хряща. Один из ее участков, соответствующий положению закрутки, узла или перехлеста свободных концов, будет иметь множественные взаимно пересекающиеся короткие и узкие полосы внутрикожных кровоизлияний или линейных ссадин, возникших в результате ущемления кожи. Странгуляционная борозда может быть незамкнутой при попадании под петлю каких-либо предметов. Однако на остальном протяжении она будет выражена равномерно. Часто в проекции странгуляционной борозды находят окруженные кровоизлияниями переломы рожков подъязычной кости и хрящей гортани.

3. НЕОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ (СТ. 124 УК РФ)

Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи — один из фундаментальных принципов охраны здоровья (ст. 11 ФЗ №323).

При несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, до оказания медицинской помощи гражданам оказывают первую помощь (ч. 1 ст. 31 ФЗ №323).
Перечень состояний, при которых оказывают первую помощь, и перечень мероприятий по ее оказанию утверждены приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 04.05.2012 №477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».
К состояниям, при которых должна быть оказана первая помощь, относят: отсутствие сознания; остановку дыхания и кровообращения; наружные кровотечения; инородные тела в верхних дыхательных путях; травмы различных областей тела; ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения; отморожение и другие эффекты воздействия низких температур; отравления.
К мероприятиям по оказанию первой помощи относят, в частности:
— вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом и передача им пострадавшего;
— определение наличия сознания у пострадавшего;
— мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего, проведению сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни, поддержанию проходимости дыхательных путей, осмотру пострадавшего;
— придание пострадавшему оптимального положения тела;
— контроль состояния пострадавшего (сознание, дыхание, кровообращение) и оказание психологической поддержки.
Под неоказанием помощи больному понимается неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного (ч. 1 ст. 124 УК РФ).
Если совершение такого преступления повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью, ч. 2 ст. 124 УК РФ предусмотрено наказание вплоть до лишения свободы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.
Объективную сторону неоказания помощи больному характеризуют совокупностью следующих признаков:
— деяние в форме бездействия, т.е. невыполнение действий, которые возложены на виновного законом или специальным правилом;
— особая обстановка совершения преступления — отсутствие уважительных причин для неоказания помощи;
— наступление последствия — причинение средней тяжести вреда здоровью больного (ч. 1 ст. 124), тяжкого вреда здоровью или смерти больного (ч. 2 ст. 124). При наступлении последствий в виде легкого вреда здоровью медицинские работники могут быть привлечены к другим видам юридической ответственности;
— наличие причинно-следственной связи между бездействием и причиненным вредом.
Неоказание помощи также может быть выражено в отказе врача принять вызов или выехать на дом, принять поступившего больного или осмотреть его. Виновный может скрыть свою профессию на отдыхе или на улице и отказаться оказать первую помощь: сделать искусственное дыхание, остановить кровотечение,

принять меры к доставлению нуждающегося в медицинской помощи человека в больницу и т.д.

Помощь больному может быть оказана не только лично, но и организована через других медицинских работников. Если вызванный к больному (пострадавшему) медицинский работник по недостатку знаний, практических навыков или по другим причинам своей некомпетентности не может оказать адекватную помощь, он должен принять меры к вызову надлежащего специалиста. Причем в этом случае на медицинском работнике лежит обязанность не только организовать такую помощь, но и обеспечить контроль (проследить) за ее реальным осуществлением (например, вызвать машину скорой помощи и, дождавшись ее приезда, передать больного).

Субъект неоказания помощи больному — специальный. Такое деяние может быть совершено только лицом, на котором лежит обязанность в соответствии с законом или со специальным правилом оказывать первую помощь больному. В первую очередь это лица, которые в соответствии со ст. 69 ФЗ №323 наделены правом на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности: врачи, фельдшеры, акушерки, медицинские сестры, провизоры, фармацевты. Помимо медицинских и фармацевтических работников, субъектом данного преступления выступают лица, получившие подготовку по оказанию первой помощи, в том числе сотрудники органов внутренних дел РФ, сотрудники, военнослужащие и работники Государственной противопожарной службы, спасатели аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб (ст. 31 ФЗ №323). Субъективную сторону преступления характеризуют двойной формой вины: умыслом по отношению к бездействию в виде неоказания помощи и неосторожной формой вины по отношению к причиненным последствиям (как правило, в виде легкомыслия, поскольку медицинские работники предвидят, к каким последствиям может привести неоказание помощи больному, но самонадеянно рассчитывают на их предотвращение).

Под уважительными причинами, препятствующими оказанию помощи больному, принято понимать непреодолимую силу (обвалы, наводнения, эпидемии и прочие стихийные бедствия), оказание помощи более тяжелому больному, болезнь самого медицинского работника, отсутствие транспортных средств для выезда к отдаленному месту медицинского происшествия.

Не могут быть, в частности, признаны уважительными ссылки на нерабочее время, усталость, нахождение в отпуске, на пенсии, ведомственный или частный характер лечебного учреждения и т.п. — такие и подобные обстоятельства не исключают уголовной ответственности. Вопрос о том, является ли данная причина неоказания помощи уважительной, в каждом конкретном случае решает суд. Под действие ст. 124 УК РФ подпадает и нередко встречаемая ситуация, когда больного доставляют в больницу, а его не принимают под надуманным предлогом отсутствия мест (или неургентности отделения) и без оказания необходимой безотлагательной помощи «отфутболивают» в другую больницу. Подобное, как правило, приводит к самым тяжелым последствиям.

Так, к уголовной ответственности были привлечены и осуждены городским судом врач станции скорой медицинской помощи Т. и участковый врач К., которые не оказали помощи гражданке Д-вой, 27 лет, страдавшей острой двусторонней крупозной пневмонией, из-за того, что у больной, приехавшей в гости к родителям, не оказалось при себе полиса ОМС. Несмотря на тяжелое состояние, выраженные признаки этого серьезного заболевания, крайне высокую температуру тела (41,4 °С), ей было отказано в госпитализации. Комиссионная судебно-медицинская экспертиза установила, что существует прямая причинная связь между неоказанием помощи больной и наступившей смертью.

Билет № 24

1. Клинико-морфологическая характеристика рубленой раны.
2. Особенности осмотра трупа на месте его обнаружения при подозрении на отравление.
3. Характеристика преступлений медицинских работников против здоровья населения.

ОТВЕТ:

1. Наиболее часто прижизненные рубленые раны бывают на голове. При расчленении трупа раны могут располагаться в любых частях тела, но преимущественно их находят в поясничном отделе позвоночника и в области крупных суставов конечностей. При самоповреждениях страдают обычно пальцы конечностей. Форма рубленых ран при зиянии веретенообразная или полулунная, при сведении краев — прямолинейная или дугообразная. Характер краев зависит от степени остроты лезвия топора: при действии острого лезвия края ровные, при действии тупого — неровные, осадненные. Если рубленая рана образовалась только от действия лезвия, оба ее конца будут острые. Если в образовании раны участвовали пятка или носок клина топора, то один из концов раны будет П- или М-образной формы. Края раны у этого конца нередко осаднены. При ударах топором с коротким лезвием клин топора может почти полностью погрузиться в поврежденную часть тела, и тогда оба конца раны будут М-образной формы. Стенки рубленой раны гладкие. Длина и глубина раны преобладают над ее шириной. Рубленая рана обычно обильно кровоточит. При ударе перпендикулярно поверхности тела стенки раны отвесные, при ударе под углом — одна скошена, противоположная подрыта. Волосы пересекаются ровно. Соответственно рубленым ранам на костях свода черепа всегда имеются насечки или разрубы с ровными краями, с мелкими участками скола компакты и остроугольными концами. Иногда от их концов отходят трещины. При воздействии носка или пятки топора один из концов остроугольный, с полого скошенным ребром, противоположный — Побразный, стенка его отвесная. Вдоль одной из стенок разруба могут быть обнаружены трассы — динамические следы скольжения от неровностей и зазубрин лезвия. Варианты повреждения рубящими предметами плоских костей включают надрубы, продольно-дырчатые, клиновидно-дырчатые, лоскутные и оскольчатые переломы. Рентгенологически действие лезвия топора характеризуется массивными сквозными повреждениями костей свода черепа прямолинейной, веретенообразной, реже дугообразной формы, с четкими ровными краями и остроугольными концами, от которых отходят дополнительные трещины. В глубине располагаются костные отломки, края которых образующие стенку разруба, погружены в полость черепа либо приподняты относительно свода. При малой величине угла наклона клина топора соответственно одному из краев дефекта возникает многооскольчатый перелом. Противоположный край в этом случае всегда ровный, четкий. Поверхностные насечки выявляются на касательных снимках в виде клиновидных дефектов с остроугольными концами и ровными скошенными стенками. Действие носка или пятки топора характеризуется повреждениями костей черепа треугольной формы с остроугольным и П-образным

концами, от которых отходят трещины. Вдоль одного из краев располагаются отломки полулунной, веретенообразной или овальной формы, край которых приподнят либо погружен в полость черепа. Рубленая рана с двумя остроугольными концами может образоваться и при воздействии лезвия лопаты, что приводит к необходимости дифференциальной диагностики. При штыковых ударах лезвием лопаты раны могут иметь закругленные концы. В области концов довольно часто возникают дополнительные разрывы. На своде черепа образуются прямолинейные насечки с ровными краями, с наличием скола компакты по одному из них, с клиновидно скошенными стенками. Вдоль одной из стенок выявляются динамические следы скольжения. На рентгенограммах черепа — повреждения прямолинейной формы с ровными краями и остроугольными концами без дополнительных трещин и отломков. Чаще всего, вследствие поверхностного расположения, их удается обнаружить лишь на касательных снимках в виде щелевидных дефектов с отвесными стенками, остроугольным либо закругленным концом. От воздействия бокового края лотка лопаты образуются раны с осадненными краями. Один из концов остроугольный, противоположный закругленный или П-образный, часто с тканевыми перемычками. Вдоль стенок встречаются вывернутые луковицы, концы пересеченных волос неровные, деформированные. Повреждения костной ткани имеют вид вдавленных или дырчатых щелевидных переломов с ровными краями, с участками скола компакты, с отвесными стенками. Ребро остроугольного конца дуговидно скошено и плавно переходит в пологую грань П-образного конца, ширина которого соответствует толщине лотка (около 1 мм). От концов могут отходить дополнительные трещины. Трассы отсутствуют. В глубине повреждения вблизи П-образного конца встречаются вдавленные полосовидные фрагменты наружной костной пластинки, соразмерные толщине бокового края лотка. На краниограммах — повреждения прямолинейной формы с ровными краями, остроугольным и П-образным концами. В просвете их могут быть видны отломки полосовидной или неопределенной формы, редко бывают сквозными. На рентгенограммах в касательной проекции имеют щелевидную форму, отвесные стенки и закругленный конец. Удары краем угла наступа лопаты приводят к образованию дугообразных ран с неровными осадненными краями и закругленными или П-образными концами, с тканевыми перемычками в глубине. Повреждения костной ткани имеют вид вдавленных или дырчатых щелевидных переломов дуговидной формы, равномерной ширины, с ровными краями, с незначительным сколом компакты вдоль них и П-образными концами. Часто от краев или от концов повреждений отходят дополнительные трещины. На рентгенограмме черепа выявляется наличие вдоль одного из краев отломка овальной формы, погруженного свободным краем в полость черепа, либо приподнятого относительно наружной поверхности свода. Повреждения трубчатых костей рубящими предметами имеют характер надрубов, разрубов и отрубов. Надрубы и разрубы клиновидной формы, один их конец острый, другой либо острый, либо П-образный. Стенки плоские или же с множественными поверхностными и параллельными следами от неровностей и зазубрин лезвия. Отрубы — это полное разделение кости рубящим предметом. Поверхность отруба в начале движения лезвия похожа на поверхность разруба или надруба, в конце движения кость чаще всего отламывается, что приводит к образованию небольших костных выступов При разрубе диафиза трубчатой кости одновременно протекают два процесса: резание и излом кости. Лезвие топора оказывает режущее воздействие на материал кости. Вслед за лезвием в материал погружаются поля заточки топора, которые при большом угле заточки (45° и более) действуют подобно клину. Это приводит к расхождению полей разруба, достаточному для формирования опережающей трещины, и формированию длинных трещин распора,

завершающих разрушение кости. Отмечаются также значительная глубина разруба и отсутствие либо малая протяженность встречных трещин. Если угол заточки невелик (20° и менее), клиновидное действие недостаточно для разрушения кости. В этом случае формируется деформация изгиба с зоной сжатия на стороне разруба, образуется зона разрыва, встречная трещина и долом. Для действия такого топора типичны малая глубина разруба и слабая выраженность или отсутствие опережающих трещин и трещин распора.

2. При осмотре трупа при подозрении на отравление на месте его обнаружения (происшествия) эксперт отмечает: наличие характерных запахов в помещении, от трупа (при надавливании на грудь и живот) и его одежды; наличие рвотных масс, следов мочеиспускания и дефекации, следы действия едких ядов на коже (особенно вокруг рта) и одежде; цвет кожи, необычный цвет трупных пятен, диаметр зрачков, следы инъекций, состояние промежности (следы введения яда при помощи клизм в прямую кишку или влагалище). Эксперт содействует в обнаружении и изъятии предметов (бутылки, стаканы, шприцы, упаковки лекарств и др.) с остатками жидкости, порошкообразных и иных веществ для последующей их судебно-химической экспертиз. При отравлении кислотами и щелочами в большинстве случаев на слизистой рта и коже лица могут быть обнаружены следы воздействия в виде участков пергаментной плотности. Цвет трупных пятен в ряде случаев косвенно указывает на причину смерти. Карбоксигемоглобин, образовавшийся в крови при отравлении угарным газом, придает им вишнево-розовую окраску. При отравлении метгемоглобинобразующими ядами трупные пятна приобретают сероватый оттенок, а при отравлении цианидами — вишневый за счет образования в крови цианметгемоглобина. В случаях смерти от сепсиса, вызванного Clostridium perfringens (например, при криминальных абортах), кожа приобретает бронзовый оттенок, в том числе в области трупных пятен. Резко выраженное трупное окоченение указывает на отравление судорожными ядами.
3. НЕЗАКОННОЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (СТ. 235 УК РФ)

   Незаконное осуществление медицинской или фармацевтической деятельности — осуществление ее лицом, не имеющим лицензии (специального разрешения) на данный вид деятельности, при условии, что такая лицензия обязательна.

   Медицинскую деятельность, для осуществления которой необходимо получение лицензии, составляют работы (услуги) по установленному перечню, утвержденному постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 №291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра “Сколково”)».

   Состав рассматриваемого преступления материальный и предполагает в качестве обязательного элемента объективной стороны наступление по неосторожности последствий в виде причинения вреда здоровью человека. Вред здоровью может быть любым по степени тяжести: тяжкий, средней тяжести или легкий вред здоровью. Для квалификации преступления по ст. 235 УК РФ важно, чтобы между незаконным осуществлением медицинской деятельности и наступившими последствиями в виде вреда здоровью человека была установлена причинно-следственная связь.

В правоохранительные органы города поступило заявление от гражданина Т. о том, что ему незаконно, на дому была оказана некачественная стоматологическая помощь и причинен вред здоровью. Следователем управления внутренних дел в ходе проверки было выяснено, что П-ко, являясь студентом выпускного курса стоматологического факультета медицинского университета, систематически, без соответствующей лицензии осуществлял лечение и протезирование зубов у себя на дому. Установлено, что нескольким пациентам нерадивый студент поставил неудобные, из некачественных материалов коронки, потребовавшие в дальнейшем их замены. В одном из случаев после установки мостовидного протеза образовался пролежень, понадобилось
длительное лечение с удалением опорного зуба и повторное протезирование. Суд признал действия П-ко уголовно наказуемыми и приговорил по ч. 1 ст. 235 УК РФ к штрафу в крупном размере.

Осуществление медицинской или фармацевтической деятельности лицом, не имеющим лицензии на данный вид деятельности, при условии, что такая лицензия обязательна, если это повлекло по неосторожности смерть человека (ч. 2 ст. 235 УК РФ), предусматривает наказание вплоть до лишения свободы на срок до 5 лет.

С субъективной стороны преступление, предусмотренное ст. 235 УК РФ, характерно умыслом по отношению к самому деянию (осуществление медицинской или фармацевтической деятельности без лицензии) и неосторожной формой вины по отношению к последствиям (причинение вреда здоровью либо смерти человека).

НАРУШЕНИЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРАВИЛ (СТ. 236 УК РФ)

Общественная опасность данного преступления состоит в том, что нарушение обязательных санитарно-эпидемиологических правил, установленных с целью ограждения населения от проникновения и распространения подобных заболеваний, может повлечь причинение существенного вреда здоровью людей.

Непосредственный объект преступления — общественные отношения в области санитарно-эпидемиологического благополучия по обеспечению здоровья населения. Дополнительным объектом выступает здоровье конкретного человека.

Объективная сторона данного преступления может состоять в активных действиях (ненадлежащая санитарная обработка медицинских инструментов и помещений, совместное размещение инфекционных и неинфекционных больных) или бездействии (уклонение от прохождения обязательного профилактического медицинского осмотра медицинскими работниками, сокрытие случаев инфекционных заболеваний), которые нарушают санитарно-эпидемиологические правила, в результате чего возникают массовые заболевания или отравления людей.

Санитарно-эпидемиологические правила — это нормативные акты, устанавливающие критерии безопасности и безвредности для человека факторов среды его обитания и требования к обеспечению благоприятных условий для его жизнедеятельности. Они включают санитарные правила, санитарные нормы, гигиенические нормативы. Санитарно-эпидемиологические правила установлены Федеральным законом от 30.03.1999 №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», а также рядом подзаконных нормативноправовых актов, в частности постановлением Правительства РФ от 15.09.2005 №569 «О Положении об осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Российской Федерации», постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 №58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 “Санитарноэпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность”» и др.

Массовыми заболеваниями людей признают заболевания вирусного, кишечного, бактериального или иного характера, распространенность которых явно превышает средний уровень заболеваемости за определенный период на данной территории. Под массовым отравлением людей понимают острые, хронические, производственные, лекарственные, химические и другие заболевания, возникновение которых вызвано действием токсических веществ различного происхождения на организм человека путем абсорбции их через дыхательные пути, в результате попадания на кожу, поглощения с пищей и жидкостями и т.д. Признак массового заболевания или отравления людей — вред здоровью любой тяжести.

В каждом случае необходимо устанавливать причинно-следственную связь между нарушением санитарно-эпидемиологических правил и массовыми заболеваниями и отравлениями людей. Если нарушение санитарно-эпидемиологических правил не повлекло вышеуказанных последствий, такое деяние может стать основанием для привлечения к административной ответственности по ст. 6.3 КоАП РФ. Квалифицированный вид рассматриваемого преступления характеризуют причинением по неосторожности смерти хотя бы одному человеку (ч. 2 ст. 236 УК РФ), за что предусмотрено наказание вплоть до лишения свободы на срок до 5 лет.

Субъективная сторона преступления состоит в прямом умысле по отношению к самому деянию и неосторожности по отношению к последствиям.

Субъектом преступления может быть лицо, на которое возложены обязанности соблюдения санитарно-эпидемиологических правил или для которого эта обязанность вытекает из его правового статуса (компетенции) и характера осуществляемой деятельности. Должностные лица, обязанные в силу занимаемого служебного положения осуществлять правила по предупреждению и борьбе с эпидемическими и другими заразными заболеваниями (например, главный врач санитарно-эпидемиологической службы), за нарушение этих правил отвечают по совокупности преступлений, предусмотренных ст. 236 УК РФ и соответствующей статьей о должностных преступлениях (ст. 293 УК РФ — халатность).

Билет № 25

1. Характеристика раневых каналов при огнестрельных повреждениях
2. Клинико-морфологические признаки компрессионной механической асфиксии.
3. Служебный подлог: характеристика состава преступления.

ОТВЕТ:

1. Раневой канал возникает в результате непосредственного разрушения тканей снарядом. Он содержит фрагменты тканей, свертки крови и различные инородные тела. По направлению различают: прямой, непрямой и прерывистый.

Проникая в тело, огнестрельный снаряд отслаивает кожу, разрушает и выбрасывает наружу ткани, формирует волну сжатия вокруг раневого канала. За счет нее образуется полость, в несколько раз превышающая диаметр пули и раневого канала, которая через 0,005 с достигает наибольших размеров, а затем, пульсируя со снижающейся амплитудой, постепенно закрывается. Стенки раневого канала неровные, имеют множественные разрывы и пропитаны кровью.

Непрямой или отклоненный (изогнутый) раневой канал формируется при внутреннем рикошете пули от плотных тканей. При исследовании канала он может оказаться прерывистым, если проходит через различные органы, которые могут смещаться по отношению друг к другу.

В тканях, окружающих раневой канал, выделяют четыре зоны:

• первая — зона первичного травматического разрушения тканей; • вторая — зона вторичного некроза (формируется в течение первых 3 сут после ранения). В тканях этой зоны имеются кровоизлияния. Морфологические признаки некроза тканей выявляются не сразу, поэтому данная зона начинает четко отграничиваться лишь через несколько часов и даже суток от момента травмы; • третья — реактивно-деструктивных изменений тканей (в этой зоне имеются дистрофия клеток, нарушения гемоциркуляции и иннервации; микроциркуляция восстанавливается к концу второй недели после ранения); • четвертая — зона реактивных изменений тканей (микроциркуляция восстанавливается к исходу первой недели после ранения).

2. Компрессионная асфиксия может развиться при:

• тугом пеленании детей, придавливании туловища грудного ребенка во сне или частью тела матери («присыпание»); • обвалах подземного строительства; • при транспортных происшествиях; • сдавлении в толпе и др.

Сдавление груди и живота — вид компрессионной механической асфиксии, который возникает вследствие ограничения дыхательных экскурсий легких и нарушения кровообращения от сильного давления на грудь и живот. О сдавлении груди и живота как виде механической асфиксии говорят в тех случаях, когда компрессия туловища не приводит к множественным переломам костей, разрывам внутренних органов и другим грубым повреждениям.

Экспериментально доказано, что животные погибают менее чем через 10 мин после сдавления грудной клетки грузом, втрое превышающим массу их тела.

При асфиксии любого происхождения, закончившейся смертью, обычно наблюдается ряд признаков, получивших название общеасфиктических, или признаков быстро наступившей смерти:

• цианоз лица, нередко с экхимозами; • интенсивные разлитые темно-фиолетовые трупные пятна, часто с множественными внутрикожными кровоизлияниями (трупными экхимозами); • темный цвет крови; • жидкое состояние крови; • венозное полнокровие внутренних органов; • переполнение кровью правой половины сердца; • точечные кровоизлияния в конъюнктивах век, наиболее густо расположенные на переходных складках; • мелкоочаговые кровоизлияния под висцеральной плеврой и эпикардом (пятна Тардье);

• острое вздутие легких; • непроизвольные дефекация, мочеиспускание и семяизвержение.

Большинство из этих признаков не являются специфическими для асфиксии, но их отсутствие позволяет исключить асфиксию как причину смерти.

В танатогенезе асфиксии от сдавления грудной клетки и живота, наряду с последствиями нарушения внешнего дыхания из-за ограничения дыхательных движений, значительная роль принадлежит резкому нарушению кровообращения, сущность которого сводится к затруднению оттока крови из легких и ее поступления в большой круг кровообращения, а также к недостаточному поступлению крови из большого круга кровообращения в легкие. В результате они переполняются оксигенированной кровью. Легкие вздуты, тяжелы, переполнены кровью и отечной жидкостью, отдельные участки легочной ткани имеют ярко-красный цвет. Такая картина получила название карминового отека легких. Однако этот признак встречается редко и только при медленном сдавлении грудной клетки (например, в толпе).

Застой в системе верхней полой вены приводит к переполнению кровью бассейна безымянных и яремных вен. Результатом является так называемая экхиматическая маска — резчайший цианоз лица и верхних отделов груди и множественные мелкие кровоизлияния в этих же областях. В скелетной мускулатуре головы, шеи и верхних отделах туловища могут наблюдаться массивные кровоизлияния. Типично их расположение в корне языка, голосовых связках, клетчатке орбит. Печень и почки резко застойны, черно-багрового цвета. Отмечается резкий цианоз глоточного кольца. Иногда наблюдается кровь в полости среднего уха и ячейках решетчатой кости.

На коже груди и живота погибших от компрессионной асфиксии находят полосчатые кровоизлияния, повторяющие рельеф складок одежды, а также частицы песка, шлака, грунта и др. Часты переломы ребер и травмы мягких тканей. Не являясь признаками, подтверждающими происхождение смерти от сдавления груди и живота, эти изменения и наслоения указывают на факт сдавления и условия, при которых оно происходило.

3. СЛУЖЕБНЫЙ ПОДЛОГ (СТ. 292 УК РФ)

Работников здравоохранения, наделенных правом оформлять медицинские документы, которые могут предоставлять заинтересованным лицам определенные права и льготы либо освобождать от определенных обязанностей, относят к категории должностных лиц. Это обусловлено тем обстоятельством, что их действия влекут за собой конкретные правовые последствия (правовой результат).

Служебный подлог — это внесение должностным лицом, а также государственным служащим или служащим органа местного самоуправления, не являющимся должностным лицом, в официальные документы заведомо ложных сведений, а равно внесение в указанные документы исправлений, искажающих их действительное содержание, если эти деяния совершены из корыстной или иной личной заинтересованности. Например, врач выдает листок временной нетрудоспособности и т.п.

Такие действия наказывают вплоть до лишения свободы на срок до 2 лет, а если они повлекли существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства — лишением свободы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Зачастую служебный подлог сопряжен с совершением других преступлений, таких как получение взятки, мошенничество. Так, главный врач районной больницы во время диспансеризации детей внесла заведомо ложные сведения о проведении осмотра, который фактически не проводился, в результате чего незаконно получила крупную сумму денег из ФОМС. Такие действия квалифицировались судом по совокупности ч. 1 ст. 292 и ч. 3 ст. 159 УК РФ (мошенничество, совершенное лицом с использованием своего служебного положения).

Билет № 26

1. Виды судебно-медицинских экспертиз.
2. Клинико-морфологическая характеристика колото-резаных ран.
3. Халатность: характеристика состава преступления.

ОТВЕТ:

1. Судебная экспертиза — процессуальное действие, состоящее из проведения исследований и дачи заключения экспертом по вопросам, требующим специальных знаний и поставленных судом, судьей, дознавателем, следователем или прокурором, для установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по расследуемому делу.

   Экспертом является лицо, обладающее специальными знаниями и назначенное в порядке, установленном УПК РФ, для производства судебной экспертизы и дачи заключения (ст. 57 УПК РФ).

   Судебно-медицинская экспертиза — предусмотренное и регламентированное законом, проводимое врачом научно-практическое исследование конкретных объектов, предпринимаемое для решения конкретных медицинских и медико-биологических вопросов, возникающих при проведении конкретного дознания, предварительного следствия и судебного разбирательства.

   Судебная экспертиза может производиться как государственными судебными экспертами, так и иными лицами, обладающими специальными знаниями (ст. 195 УПК РФ).

   Любой врач становится судебно-медицинским экспертом по определенному уголовному делу только тогда, когда он назначается экспертом в соответствии с постановлением следователя или определением суда. При этом следует различать судебно-медицинского эксперта как штатного сотрудника судебно-медицинского учреждения и судебно- медицинского эксперта как процессуальную фигуру, которым может быть врач любой специальности, занимающий любую должность.

   Предметом судебно-медицинской экспертизы являются медицинские и медико-биологические вопросы, возникающие при проведении дознания, предварительного следствия и судебного разбирательства.

   Объектами судебно-медицинской экспертизы являются живые люди, трупы, вещественные доказательства. Эксперт исследует эти объекты либо непосредственно, либо изучает имеющиеся о них записи в материалах дела.

   Признав необходимым проведение экспертизы, следователь составляет специальный юридический документ — постановление. В нем указывают основания для назначения экспертизы, фамилию эксперта или наименование учреждения, в котором должна быть проведена экспертиза, вопросы, подлежащие экспертному решению, а также материалы, предоставляемые в распоряжение эксперта. Следователь вправе присутствовать при проведении всех этапов экспертизы. В случаях тяжких преступлений присутствие следователя при проведении экспертизы желательно, поскольку обеспечивает более полный и оперативный обмен информацией между следователем и экспертом.

   При производстве судебной экспертизы в экспертном учреждении следователь направляет руководителю соответствующего экспертного учреждения постановление о назначении судебной экспертизы и материалы, необходимые для ее производства, а руководитель экспертного учреждения поручает ее производство конкретному эксперту или нескольким экспертам из числа работников данного учреждения. Он вправе возвратить без исполнения постановление о назначении судебной экспертизы и материалы, представленные для ее производства, если в данном учреждении нет эксперта соответствующей специальности либо специальных условий для проведения исследований.

   Если судебная экспертиза производится вне экспертного учреждения, то следователь вручает постановление и необходимые материалы эксперту и разъясняет ему его права и ответственность. Эксперт вправе возвратить без исполнения постановление, если представленных материалов недостаточно для

производства судебной экспертизы или он считает, что не обладает достаточными знаниями для ее производства (ст. 199 УПК РФ).

Единоличной называют экспертизу, проводимую одним экспертом. В комиссионной судебно- медицинской экспертизе участвуют не менее двух экспертов одной специальности.

Комиссионный характер экспертизы определяется следователем либо руководителем экспертного учреждения, которому поручено производство судебной экспертизы. Эксперты образуют комиссию, все члены которой обладают равными правами, обязанностями и несут равную уголовную ответственность. Если по результатам проведенных

исследований мнения экспертов по поставленным вопросам совпадают, то ими составляется единое заключение. В случае возникновения разногласий каждый из членов комиссии дает отдельное заключение по вопросам, вызвавшим разногласие (ст. 200 УПК РФ).

Судебная экспертиза, в производстве которой участвуют эксперты разных специальностей (врачи, криминалисты, автотехники и т.д.), называется комплексной. Первый этап производства подобных экспертиз — определение оптимальной последовательности исследования объекта разными специалистами при сохранении информации на каждом последующем этапе экспертного исследования после предыдущих. Этот этап обеспечивается экспертным составом на координационном совещании.

Далее производятся исследования и формулируются экспертные выводы (заключения) участников с указанием, какие исследования и в каком объеме провел каждый эксперт, какие факты он установил и к каким выводам пришел. Каждый эксперт, участвовавший в производстве комплексной судебной экспертизы, подписывает ту часть заключения, которая содержит описание проведенных им исследований, и несет за нее ответственность (ст. 201 УПК РФ).

Первичная экспертиза — первоначальное исследование объекта с составлением заключения эксперта. В подавляющем большинстве случаев первичная экспертиза дает такие ответы, которые вполне удовлетворяют следствие. Ее проводит, как правило, один эксперт. Однако в особо сложных и ответственных случаях первичная экспертиза может выполняться группой специалистов.

Следователь вправе по собственной инициативе либо по ходатайству подозреваемого, обвиняемого или его защитника допросить эксперта для разъяснения данного им заключения (ст. 205 УПК РФ).

При недостаточной ясности или полноте заключения эксперта, а также при возникновении новых вопросов, требующих экспертного исследования, может быть назначена дополнительная судебная экспертиза, производство которой может быть поручено тому же или другому эксперту.

В случаях возникновения сомнений в обоснованности заключения эксперта или наличия противоречий в выводах экспертов может быть назначена повторная экспертиза, производство которой поручается другому эксперту или, что бывает чаще, нескольким другим экспертам (ст. 207 УПК РФ).

2. Наиболее частая локализация колото-резаных ран — туловище, реже — шея, голова и конечности. Если длинник раны ориентирован перпендикулярно ходу эластических волокон кожи, она зияет и имеет веретенообразную или серповидную форму. Если длинник раны располагается параллельно ходу эластических волокон, края раны сближены, и она имеет прямолинейную форму. Если при извлечении из тела плоскость клинка колюще-режущего предмета поворачивается, образуется дополнительный разрез, отходящий от края раны вблизи одного из ее концов. Такой разрез носит название дополнительного в отличие от первичного, основного. Дополнительный разрез может отходить и от конца раны. Края колото-резаных ран

ровные. При действии тонкими клинками осаднение отсутствует. При нанесении повреждения обоюдоострым клинком оба конца раны будут острыми. Если же рана наносится односторонне острым клинком, то от действия лезвия образуется острый конец, а от действия обуха — обычно М-, У- или Г-образный. В ряде случаев вокруг этого конца раны заметно узкое полулунное или П-образное осаднение. При толщине обуха менее 2 мм обуховый конец раны выглядит как острый, его неровности будут заметны только под сильной лупой. Более толстые обухи всегда образуют разрывы. Два «ложно острых» конца может образовать обух с острыми ребрами. В таких случаях его можно распознать по дугообразной форме. Ширину клинка отображает основной разрез. При полном погружении клинка в тело могут возникнуть повреждения от воздействия пятки клинка и ограничителя рукоятки колюще-режущего предмета. Пяткой клинка могут быть причинены небольшие по размерам кровоизлияния, осаднения или разрывы поверхностных слоев кожи в непосредственной близости от острого конца раны. Иногда они могут существенно видоизменить этот конец раны, тогда режущее действие лезвия проявится лишь в глубине раневого канала. Ограничитель рукоятки приводит к образованию овального или круглого кровоподтека вокруг раны. В таких случаях возникают ссадины, повторяющие форму и размеры ограничителя. Волосы по краям колото-резаной раны поперечно или косо срезаны. Стенки раны гладкие. Глубина раневого канала, как правило, преобладает над длиной и шириной кожной раны. Если раневой канал слепо заканчивается в плотном паренхиматозном органе, то для определения формы концевой части колюще-режущего предмета прибегают (так же, как при аналогичных колотых повреждениях) к рентгеноконтрастному исследованию. Глубина раневого канала обычно соответствует длине погруженной в тело части клинка. При полном погружении клинка с упором на ограничитель рукоятки некоторые податливые части тела прогибаются в различной степени. Это может привести к образованию раневого канала, длина которого будет больше длины клинка. При таких ударах в переднюю брюшную стенку могут возникнуть раневые каналы, превышающие длину клинка на 6–8 см, в переднюю или боковую стенку эластичной грудной клетки — на 2–3 см, в бедро — на 2–4 см, в ягодицу — на 4–6 см. Колото-резаные раны редко сопровождаются значительным наружным кровотечением. В таких случаях преобладает объем внутренней кровопотери. Повреждая плоские кости, колюще-режущий предмет способен причинить небольшие щелевидные или щелевидно-дырчатые переломы. На стенках таких переломов могут быть обнаружены следы от неровностей и зазубрин лезвия колюще-режущего предмета, что является объективной предпосылкой для отождествления конкретного экземпляра повреждающего предмета. Иногда при повреждении плоских костей черепа венец ножа ломается и, ущемляясь краями перелома, остается в полости черепа. Как и все инородные тела, он должен быть изъят и передан следственным органам. Если в процессе нанесения нескольких колото-резаных ран положения нападающего и его жертвы не менялись либо повреждения наносились самим пострадавшим, раны располагаются односторонне на ограниченном участке одной или двух смежных частей тела, а направления их раневых каналов, положение острого (действие лезвия) и Мобразного (действие обушка) концов, ориентация длинников кожных ран и плоскостей раневых каналов совпадают. Если же положение нападающего и жертвы при нанесении колото-резаных ран менялось, то повреждения находятся на различных, в том числе взаимно противоположных, поверхностях тела, раневые каналы имеют взаимно пересекающиеся или расходящиеся направления, положение острых концов совпадает с положением М-образных, длинники ран и плоскости раневых каналов по отношению друг к другу расположены под различными углами. Особый вид колюще-режущих предметов — ножницы. Отдельная бранша причиняет

колоторезаную рану. От удара двумя разведенными браншами образуются парные колото-резаные повреждения, обращенные друг к другу острыми концами. Внедрение сложенных браншей формирует колотые щелевидные повреждения, по краям которых могут быть двусторонние или односторонние насечки, позволяющие отличать их от повреждений другими колющими орудиями. При режуще-стригущем действии ножниц возникают своеобразные раны углообразной формы с ровными осадненными краями, не проникающие глубже подкожной клетчатки.

3. ХАЛАТНОСТЬ (СТ. 293 УК РФ)

Халатность, в отличие от бытового понимания этого термина, представляет собой неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, если это повлекло причинение крупного ущерба (сумма которого превышает 1 млн 500 тыс. руб.) или существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства.

Необходимо отметить, что в соответствии с законодательством и судебной практикой ненадлежащее выполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей нельзя оценивать, как халатность. Такие деяния, в зависимости от последствий, квалифицируют по ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ.

Квалифицирующий признак рассматриваемого преступления — причинение по неосторожности тяжкого вреда здоровью или смерти человека (ч. 2 ст. 293), которое наказывают вплоть до лишения свободы на срок до 5 лет (а в случае причинения смерти двум или более лицам — до 7 лет (ч. 3 ст. 293) с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Например, вследствие грубых нарушений санитарного режима и трудового распорядка в родильном отделении центральной городской больницы произошла вспышка инфекции (высеяны золотистый стафилококк и clebciella), в результате которой тяжело заболели и умерли несколько новорожденных. За халатность, проявленную в виде преступной самонадеянности, главный врач больницы был привлечен к уголовной ответственности.

Итак, уголовное законодательство под угрозой применения наказания к работникам сферы здравоохранения, ненадлежащим образом относящимся к своим профессиональным и должностным обязанностям, обеспечивает соблюдение и защиту конституционных прав и свобод человека на жизнь, свободу и личную неприкосновенность, личную и семейную тайну, охрану здоровья и медицинскую помощь.

Важнейший элемент профилактики совершения профессиональных и должностных преступлений — повышение правовой грамотности медицинских и фармацевтических работников, четкое понимание и следование правовым нормам, регламентирующим их профессиональную деятельность.

Билет № 27

1. Клинико-морфологическая характеристика повреждений при железнодорожной травме (при столкновении, переезде).

2. Определение сроков внутриутробной и внеутробной жизни новорожденных.
3. Взятка и мелкая взятка: характеристика составов преступлений.

ОТВЕТ:

1. Основной повреждающий фактор при железнодорожной травме (при столкновении, переезде) — выступающие части движущихся локомотивов и вагонов, вращающиеся колеса, а также рельсы. При крушениях поездов повреждающими факторами становятся части интерьера подвижного состава. Перечисленные повреждающие факторы относятся к группе механических и действуют как тупые предметы с широкой или ограниченной травмирующей поверхностью. Осколки стекол и разорванных листов металла могут оказать режущее, колющее или колющережущее действие. Повреждающим фактором может оказаться платформа при попадании тела человека между нею и движущимся составом. В редких случаях повреждения могут возникать от термического (пожар) или электрического воздействия (аварии с электропоездами). К железнодорожной травме относят совокупность повреждений, возникающих у человека в результате железнодорожного происшествия. Различают следующие виды железнодорожной травмы: • от столкновения человека с движущимся железнодорожным транспортом; • от переезда колесами движущегося железнодорожного транспорта; • от падения с движущегося железнодорожного транспорта; • от ударов человека, следующего на движущемся железнодорожном транспорте, о неподвижные путевые сооружения; • от сдавления тела между вагонами; • от сдавления между частями транспорта и путевыми сооружениями; • от травмирующих воздействий внутри вагонов при железнодорожных происшествиях. При сочетании приведенных вариантов возникает комбинированный вид железнодорожной травмы. Встречаются и атипичные виды — например, травма человека, находившегося на удалении от железнодорожного полотна, колесом, сорвавшимся с оси вагона в результате железнодорожной катастрофы. Механизм возникновения повреждений при большинстве видов железнодорожной травмы соответствует в основном механизмам при сходных видах автомобильной и мотоциклетной травм. Специфическим видом железнодорожной травмы является переезд колесами движущегося железнодорожного транспорта. При переезде тело раздавливается между поверхностью катания колеса и рельсом. По всему краю поверхности катания колеса, обращенному внутрь нитки рельсов, имеется выступ (реборда). За счет этого общая ширина сдавливающей поверхности колеса больше ширины сдавливающей поверхности рельса (соответственно, 15–16 и 7,5 см). Эти конструктивные особенности, а также чрезвычайно большая масса железнодорожного транспорта определяют характер возникающих повреждений. Они располагаются на участке, имеющем вид относительно неширокой полосы, которая может в любом направлении полностью пересекать одну или несколько частей тела. При первичном контакте колеса с телом смещается небольшой участок кожи и образуется ссадина, наибольший размер которой несколько меньше ширины поверхности катания колеса и гребня (12–15 см), а протяженность около 2–5 см. Сходная ссадина может образоваться и от ущемления кожи между колесом и головкой рельса; ее размеры обычно не более 7×3 см. Обе ссадины располагаются параллельно одна другой и носят название «первичный щипок». При перекатывании колеса участок тела между поверхностью катания и головкой рельса раздавливается, разрушается. Гребень колеса оказывает ножницеобразное действие, разделяет ткани и расчленяет тело. На коже от действия колеса и рельса

образуются полосы осаднения, они располагаются на противоположных поверхностях тела. Ширина полосы осаднения от действия колеса — 12–15 см. Оканчивается полоса острым углом или узкой полоской, соответствующими гребню. Край полосы, соответствующий гребню, более четкий и ровный, нередко загрязнен черным маслянистым налетом (полоса обтирания). Противоположный край менее четкий и практически не загрязнен. Полоса осаднения от действия головки рельса имеет ширину не более 7–7,5 см. Ее края относительно ровные, а поверхность обычно загрязнена в незначительной степени. Концы полос осаднения от действия колеса и головки рельса могут примыкать друг к другу. Если они разобщены, то расстояние между ними со стороны наезда будет меньше, чем на противоположной поверхности. Разделение кожи гребнем происходит только со стороны действия колес. Края линии разделения представлены лоскутами, вершины которых всегда обращены в направлении движения поезда. Действие перекатывающегося колеса приводит к разрушению мягких тканей и костей в полосе давления и образованию клиновидного дефекта. Основание клина имеет ширину 5–10 см и обращено к стороне действия колеса. Если тело разделено не полностью, то кожные перемычки сохраняются со стороны действия головки рельса. При переезде могут возникать повреждения от ударов низко расположенными частями вагонов и локомотива, например, краем кожуха зубчатой передачи. Повреждения от переезда колесами движущегося железнодорожного транспорта типичны для рельсовой травмы. Они позволяют определить положение тела относительно рельса и колеса, относительно железнодорожного пути, а также направление движения поезда. Методика судебно-медицинской оценки повреждений, возникающих в результате железнодорожной травмы, по сути, не отличается от соответствующей методики при автомобильной травме.

2. В зависимости от срока гестации новорожденные подразделяются на рожденных в срок — доношенных, до срока — недоношенных, после срока — переношенных. Доношенность — это срок пребывания ребенка в утробе матери, равный 10 лунным месяцам. Под гестационным возрастом понимают внутриутробный возраст ребенка с момента его зачатия. По Ф.П. Гаазу, продолжительность внутриутробного развития плода определяют путем излечения квадратного корня из установленной длины тела, если она не превышает 25 см, а если длина тела большая — путем деления длины на 5. Бальтазар и Дервье предложили определять возраст плода путем умножения установленной длины тела в сантиметрах на коэффициент 5,6. Этот метод приемлем во всех случаях, если внутриутробный возраст плода более трех месяцев.

   Основные параметры физического развития в зависимости от гестационного возраста включают количественные антропометрические показатели. Для определения периода гестации могут быть использованы также факт наличия и размеры ядер окостенения (ядро окостенения в пяточной кости появляется на V, в таранной — на VII лунном месяце, в головке плечевой кости — не ранее 8 мес внутриутробной жизни), но только в совокупности с другими признаками. Микроскопическое исследование мекония также выявляет признаки для определения срока внутриутробной жизни плода. Внутриутробный возраст может быть установлен и по массе сердца, поскольку выявлена динамика нарастания его массы в зависимости от периода гестации. Наиболее интенсивно масса сердца увеличивается во второй половине беременности. Этот метод может быть ценным дополнительным признаком при решении вопроса о периоде гестации. Срок внутриутробной жизни с известной долей точности может быть установлен по длине окружности головки. Чтобы получить число лунных месяцев внутриутробной жизни, необходимо длину окружности головки (в см) разделить на 3,4.

При наличии неотделенного последа масса плаценты и длина пуповины могут помочь в решении этого вопроса. Средний вес плаценты к концу V лунного месяца — 180 г, VI — 275 г, VII — 375 г, VIII — 450 г, IX — 500 г. Длина пуповины на V месяце утробной жизни равна 35 см; нарастая каждый месяц на 3–4 см, она к концу беременности достигает 50 см. Вместе с тем стоит подчеркнуть, что полностью полагаться на приведенные цифровые данные нельзя, ибо они бывают подвержены значительным колебаниям.

Если обнаружен не весь труп, а только его часть, тогда по длине отдельных костей можно определить длину тела новорожденного, а по ней — внутриутробный возраст.

Основной критерий для решения вопроса о продолжительности внеутробной жизни — распределение воздуха в желудочно-кишечном тракте (при отсутствии признаков гниения), определяется в минутах-часах. По другим признакам (образование демаркационного кольца вокруг пупка, облитерация пупочных артерий, обратное развитие родовой опухоли и т.д.) время жизни младенца определяется уже не в часах, а в днях.

3. ПОЛУЧЕНИЕ ВЗЯТКИ (СТ. 290 УК РФ)

Среди должностных преступлений в сфере здравоохранения наиболее распространено и опасно взяточничество. Исключительно высокая степень общественной опасности получения взятки должностным лицом в сфере здравоохранения обусловлена тем, что каждый такой случай дискредитирует систему здравоохранения, подрывает авторитет российских врачей в глазах населения.

Предмет получения взятки — деньги, ценные бумаги, иное имущество (например, автомобиль), услуги имущественного характера, подлежащие оплате, но оказываемые безвозмездно или по заниженной стоимости (например, предоставление туристических путевок, ремонт квартиры, строительство дачи) или иные имущественные права.

Объективная сторона преступления выражена в получении субъектом преступления лично или через посредника предмета взятки (в том числе когда взятка по указанию должностного лица передана иному физическому или юридическому лицу) за совершение в пользу взяткодателя или представляемых им лиц:

— действий (бездействия), которые входят в служебные полномочия должностного лица (ч. 1 ст. 290 УК РФ);

— действий (бездействия), которые не входят в служебные полномочия должностного лица, но оно в силу своего должностного положения может способствовать их совершению другим должностным лицом (ч. 1 ст. 290 УК РФ);

— общее покровительство по службе (ч. 1 ст. 290 УК РФ);

— общее попустительство по службе (ч. 1 ст. 290 УК РФ);

— совершение незаконных действий (бездействия) (ч. 3 ст. 290 УК РФ).

Под действиями (бездействием), входящими в служебные полномочия должностного лица, следует понимать такие действия, которые он правомочен или обязан был выполнить в соответствии с возложенными на него служебными полномочиями, т.е. это законные действия, не выходящие за рамки его должностной компетенции, которые стали преступными именно потому, что совершены за взятку. К таким действиям относят: сокращение установленных законом сроков рассмотрения обращения взяткодателя, ускорение принятия должностным лицом соответствующего решения, выбор должностным лицом в пределах своей компетенции или установленного законом усмотрения наиболее благоприятного для взяткодателя или представляемых им лиц решения.

Способствование должностным лицом в силу своего должностного положения совершению действий (бездействию) в пользу взяткодателя или представляемых им лиц выражается в использовании взяткополучателем авторитета и иных возможностей занимаемой должности для оказания воздействия на других должностных лиц в целях совершения ими указанных действий (бездействия) по службе. Такое воздействие состоит в склонении другого должностного лица к совершению соответствующих действий (бездействию) путем уговоров, обещаний, принуждения и др.

Общее покровительство по службе предполагает необоснованное создание взяткодателю или представляемым им лицам различных благоприятных условий по службе: их незаслуженное поощрение, внеочередное необоснованное повышение в должности, совершение других действий, не вызванных служебной необходимостью.

Общее попустительство следует рассматривать как непринятие должностным лицом мер за упущения или нарушения в служебной деятельности взяткодателя или представляемых им лиц (например, согласие должностного лица Роспотребнадзора не применять входящие в его полномочия меры ответственности к главному врачу больницы в случае выявления нарушения санитарно-эпидемиологических правил).

Под незаконными действиями понимают неправомерные действия, которые:

— совершены должностным лицом с использованием служебных полномочий, однако в отсутствие предусмотренных законом оснований или условий для их реализации;

— относятся к полномочиям другого должностного лица; совершены должностным лицом единолично, однако могли быть осуществлены только коллегиально либо по согласованию с другим должностным лицом или органом;

— состоят в неисполнении служебных обязанностей;

— никто и ни при каких обстоятельствах не вправе совершать (постановление Пленума Верховного Суда РФ от 09.07.2013 №24).

Получение взятки должностным лицом за незаконные действия (бездействие) — наиболее опасный вид из рассматриваемых посягательств, за которое ч. 3 ст. 290 УК РФ предусматривает наказание вплоть до лишения свободы на срок от 3 до 7 лет со штрафом в размере 40-кратной суммы взятки.

Следует отметить, что объективную сторону рассматриваемого преступления характеризует только само деяние — получение взятки (т.е. по конструкции состава оно формальное). При получении взятки сами действия (бездействие), совершаемые лицом в пользу взяткодателя, не входят в объективную сторону, поэтому для признания данного состава оконченным не имеет значения, было ли в действительности выполнено оговоренное сторонами действие (бездействие) или нет. Преступление считают оконченным с момента получения хотя бы части передаваемых ценностей.

Субъективная сторона преступления — умысел: должностное лицо вполне сознает то, что незаконно принимает предмет взятки, предполагая совершить определенные действия (бездействие) в пользу взяткодателя (например, предоставить отдельную палату).

Важный квалифицирующий признак состава получения взятки и отягчающее обстоятельство — ее вымогательство (п. «б» ч. 5 ст. 290). Вымогательство взятки означает требование незаконного вознаграждения должностным лицом под угрозой совершения таких действий по службе, которые могут причинять ущерб законным интересам взяткодателя, либо умышленное создание последнему условий, при которых он вынужден дать взятку для предотвращения вредных последствий его интересам.

В Тульском областном суде был оглашен обвинительный приговор по делу психиатра районной больницы М. Врач осуждена за получение взятки от родителей призывника. Молодой человек получил черепно-мозговую травму и призыву в армию не подлежал, что позднее было подтверждено компетентными специалистами. Тем не менее после осмотра в райвоенкомате врач-психиатр М. объявила матери призывника, что сын годен к службе и прозрачно дала понять, что за 10 тыс. руб. может посодействовать освобождению его от службы. При получении взятки М. была задержана с поличным сотрудниками областного управления внутренних дел.

Взяткополучатель, совершивший в интересах взяткодателя или представляемых им лиц незаконные действия (бездействие), образующие состав иного преступления, подлежит ответственности по совокупности преступлений — по ч. 3 ст. 290 и соответствующей статье УК РФ (например, незаконное освобождение от уголовной ответственности, фальсификация доказательств, служебный подлог и т.п.). Например, участковый врач-терапевт за денежное вознаграждение без медицинского осмотра пациентов оформляет и выдает листки нетрудоспособности, в которые вносит заведомо ложные сведения (ч. 3 ст. 290 и ч. 1 ст. 292 УК РФ).

Следует отметить, что в 2016 году УК РФ был дополнен ст. 291.2, которая предусматривает наступление уголовной ответственности за мелкое взяточничество — получение взятки, дача взятки лично или через посредника в размере, не превышающем 10 тыс. рублей. За совершение данного преступления предусмотрено наказание в виде штрафа в размере до 200 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 3 месяцев, либо исправительных работ на срок до 1 года, либо ограничения свободы на срок до 2 лет, либо лишения свободы на срок до 1 года. В случае, когда мелкое взяточничество совершает лицо, имеющее судимость за совершение преступлений, предусмотренных ст. 290, 291, 291.1, 291.2 УК РФ, предусмотрено более строгое наказание — от штрафа в размере до одного миллиона рублей до лишения свободы на срок до 3 лет.

Билет № 28

1. Механическая асфиксия от обтурации дыхательных путей.
2. Повреждения у водителя при внутрисалонной травме движущегося автомобиля при ДТП.
3. Крайняя необходимость как обстоятельство, исключающее преступность деяния.

ОТВЕТ:

1. Закрытие рта и носа — вид обтурационной асфиксии, который возникает в результате закрытия отверстий рта и носа руками или мягкими предметами. Закрытие дыхательных путей — вид обтурационной асфиксии, при котором причиной нарушения или полного прекращения внешнего дыхания является инородное тело, полужидкое или жидкое содержимое, оказавшиеся в дыхательных путях. Инородные тела могут быть единичными и плотными (кусок мяса, ломтики лимона, деталь игрушки, зубной протез, горошина, пуговица и др.). Инородное тело может располагаться глубоко в полости рта, перекрывая вход в гортань, а также в гортани, перекрывая голосовую щель, в трахее или в крупном бронхе.

Бронхи всех калибров могут оказаться закрытыми сыпучими телами (зерном, песком, цементом, землей и т.п.), полужидкими (чаще всего рвотными массами) или жидкими веществами (кровью, водой, бензином и др.). При остром затруднении внешнего дыхания вначале развивается предасфиктическое состояние, которое характеризуется компенсированным снижением парциального давления кислорода за счет рефлекторных приспособительных реакций: возбуждения хеморецепторов, усиления газообмена в легких, сужения кровеносных сосудов конечностей и органов брюшной полости, чем в течение краткого времени поддерживается снабжение кислородом головного мозга и сердца. Кроме того, при большинстве видов механической асфиксии имеется механическое раздражение рефлексогенных зон (верхних дыхательных путей, синокаротидных зон при сдавлении шеи и т.д.), которое приводит к десинхронизации биоэлектрической активности головного мозга и уменьшению частоты дыхания с нарушением его ритма. Однако нарастающие гипоксия и гиперкапния приводят к срыву приспособительных реакций и развитию собственно асфиксии, в течение которой различают пять стадий, каждая из которых продолжается от 1 до 5 мин.: Инспираторная одышка. В эту стадию легкие и правая половина сердца переполняются кровью, развиваются венозное полнокровие, цианоз лица. Прогрессивно накапливающаяся углекислота раздражает сосудодвигательный центр, общее периферическое сопротивление увеличивается, артериальное давление повышается. Параллельно замедляется пульс и увеличивается ударный объем сердца, что зависит от действия избытка углекислоты на парасимпатическую нервную систему, каротидную и аортальную рефлексогенные зоны. В развитии клинических проявлений асфиксии важное значение принадлежит не только гипоксии, но и накоплению в организме углекислоты, избыточная концентрация которой приводит к возбуждению дыхательного центра продолговатого мозга. Сознание в эту стадию сохранено, однако быстро развиваются расстройства координации движений — вначале сложных, а затем и простейших с последующей полной адинамией. Поэтому целенаправленные действия, в частности самоспасение, при механической асфиксии невозможны. 2. Экспираторная одышка. Судорожный спазм гладкой мускулатуры в сочетании с расслаблением сфинктеров приводит к непроизвольной дефекации, мочеиспусканию и семяизвержению. В эту стадию на электроэнцефалограмме наблюдаются медленные высокоамплитудные волны дельта- и тета-диапазона. Развиваются судороги. 3. Кратковременная остановка дыхания, а иногда и сердечных сокращений. Нарастающая гиперкапния приводит к снижению возбудимости дыхательного центра и его полному параличу. В механизме этого явления определенную роль играют гипоксическое повреждение нейронов ствола головного мозга и их функциональное истощение в результате перенапряжения. 4. Терминальное дыхание. После прекращения деятельности вегетативных ядер ствола головного мозга активизируется эволюционно более древний дыхательный центр, находящийся в спинном мозге. Эта стадия характеризуется полным исчезновением биоэлектрической активности головного мозга, появлением гаспингдыхания — редких дыхательных движений, постепенно уменьшающихся по глубине и частоте, кратковременным увеличением частоты сердечных сокращений, дальнейшим снижением всех показателей системного кровообращения за исключением общего периферического сопротивления, которое сохраняется на достаточно высоком уровне, но ниже исходных величин. 5. Стойкая остановка дыхания. Наступает истощение и паралич спинномозгового дыхательного центра. Перераздражение и повреждение центра блуждающих нервов, снижение артериального давления и замедление, а затем и падение сердечной деятельности завершают течение асфиксического процесса. Угасание функций происходит в определенной последовательности: первой исчезает

биоэлектрическая активность головного мозга, затем прекращается дыхание и сократительная функция сердца. Единичные сердечные сокращения могут наблюдаться после стойкой остановки дыхания в течение 5–30 мин. Последней прекращается биоэлектрическая активность сердца. При асфиксии любого происхождения, закончившейся смертью, обычно наблюдается ряд признаков, получивших название общеасфиктических, или признаков быстро наступившей смерти: • цианоз лица, нередко с экхимозами; • интенсивные разлитые темно-фиолетовые трупные пятна, часто с множественными внутрикожными кровоизлияниями (трупными экхимозами); • темный цвет крови; • жидкое состояние крови; • венозное полнокровие внутренних органов; • переполнение кровью правой половины сердца; • точечные кровоизлияния в конъюнктивах век, наиболее густо расположенные на переходных складках; • мелкоочаговые кровоизлияния под висцеральной плеврой и эпикардом (пятна Тардье); • острое вздутие легких; • непроизвольные дефекация, мочеиспускание и семяизвержение.
Танатогенез при закрытии дыхательных отверстий или дыхательных путей чаще всего соответствует классическому течению механической асфиксии от полного прекращения внешнего дыхания. При закрытии дыхательных отверстий руками на коже вокруг рта и носа беспорядочно расположены царапины, дугообразные и короткие полосовидные ссадины, небольшие круглые или овальные кровоподтеки. Слизистая оболочка губ может быть повреждена из-за сильного их придавливания к зубам. Если закрытие отверстий рта и носа производилось мягкими предметами (подушкой, одеялом, тканью одежды), повреждений на лице может вовсе не быть. Однако в полости рта, гортани и более глубоких отделах дыхательных путей обнаруживаются текстильные волоконца, пушинки, частицы птичьих перьев и др. Асфиксия этого типа возможна также при грабеже, когда сторожу или хозяину имущества затыкают кляпом или завязывают тканью рот. Если ткань пропитывается влагой и становится непроницаемой, а выделяющаяся слизь нарушает носовое дыхание, то в сочетании с вынужденной позой, затрудняющей дыхательные движения, это может привести к смерти от асфиксии. Играет роль и сдавление сосудов.
Никаких повреждений, кроме общеасфиктических признаков, не бывает на трупах грудных младенцев, смерть которых последовала в результате закрытия дыхательных отверстий ребенка молочной железой матери, заснувшей во время кормления. Однако в такой ситуации истинной причиной смерти нередко оказывается недиагностированная при жизни ребенка острая пневмония, когда к смерти приводит дыхательная недостаточность.
Смерть от закрытия рта и носа может наступить у больного эпилепсией, когда во время припадка он оказывается уткнувшимся лицом в подушку. Гистологическое исследование головного мозга и данные медицинских документов позволяют поставить диагноз эпилепсии. Вызывает сомнение возможность смерти пьяного, уснувшего уткнувшись лицом в подушку или какой-либо другой мягкий предмет. В таких случаях нарушение внешнего дыхания, сопровождающееся накоплением углекислоты и возбуждением дыхательного центра, приводит к самостоятельным непроизвольным попыткам освободить дыхательные отверстия. При отсутствии постороннего насилия такие попытки обычно успешны.
Танатогенез при закрытии дыхательных путей имеет особенности, зависящие от размеров и положения инородного тела. Если инородное тело полностью перекрывает просвет дыхательных путей, возникает типичный для механической асфиксии вариант. Небольшое инородное тело, фиксированное непосредственно у голосовой щели и не перекрывающее дыхательные пути, может вызвать отек голосовых связок и слизистой оболочки гортани, вплоть до обтурации. Такое же

инородное тело, фиксированное у бифуркации трахеи, где находится сильная рефлексогенная зона, может вызвать рефлекторную остановку сердца.

Крупное инородное тело находят при вскрытии трупа без труда. При задушении сыпучими телами они в большом количестве обнаруживаются в полости рта, просвете гортани, трахеи и крупных бронхов. Полужидкие пищевые массы обычно проникают в глубокие отделы дыхательных путей. В таких случаях легкие вздуты, поверхность их бугристая.

Окраска легких на разрезе пестрая. При надавливании на легкие из мелких бронхов на поверхность разреза выступают частицы пищевых масс.

При микроскопическом исследовании в альвеолах и мелких бронхах находят мышечные волокна, зерна крахмала, растительные клетки и другие элементы пищевых масс. Задушение кровью может быть при ее аспирации пострадавшими с переломами основания черепа, резаными ранами гортани и трахеи, обильным носовым кровотечением.

Аспирированная кровь проникает до альвеол. Легкие эмфизематозно вздуты, на разрезах суховатые и пестрые. Пестрота определяется чередованием небольших светлых и темно- красных многоугольных участков. Микроскопически в легких находят участки острой эмфиземы и очагового ателектаза, в альвеолах и бронхиолах — скопления неизмененных эритроцитов.

Содержимое желудка и кровь могут попадать в дыхательные пути посмертно, например, при проведении искусственного дыхания. Однако при отсутствии активных дыхательных движений они могут проникнуть лишь в начальные отделы дыхательных путей.

Доказательство прижизненного проникновения крови и пищевых масс основано на обнаружении их в мелких бронхах и альвеолах при гистологическом исследовании.

2. Характер повреждений определяется конструкцией интерьера кабины и кузова автомобиля, наличием в них посторонних предметов, местоположением пострадавших (водитель, пассажир). Этот вид автомобильной травмы в типичных случаях характеризуется тремя фазами: • контакт тела с частями интерьера автомобиля (удар) при смещении тела по инерции (при фронтальном столкновении — вперед; при этом образуются повреждения от удара областью коленных уставов о панель приборов и головой о ветровое стекло, а у водителя — грудной клеткой о рулевое колесо); • контакт тела с частями интерьера автомобиля (удар) при отбрасывании тела в противоположном направлении (при фронтальном столкновении — назад; при этом образуются ушибленные раны подбородка в результате удара о панель приборов, кровоподтеки в межлопаточной области и в области ягодиц от отбрасывания на сиденье); • сдавление тела сместившимися внутрь деформированными частями кузова или кабины. Если после первичного столкновения автомобиль переворачивается, то находящиеся в кабине люди подвергаются дополнительным ударным воздействиям. При первичном ударе возникают повреждения на лице, передней поверхности грудной клетки, коленных суставов и голеней. У водителя это полукруглые ссадины и кровоподтеки на грудной клетке, повторяющие форму рулевого колеса, иногда закрытые поперечные переломы грудины, закрытые переломы плюсневых костей от ударов о педали управления; у пассажиров, находящихся в кабине, — ссадины, кровоподтеки и ушибленные раны лица, закрытые переломы надколенников, переломы вертлужных впадин, задние вывихи головок бедренной кости. От первичного удара у водителя и пассажира кабины могут возникать разрывы внутренних органов и повреждения от общего сотрясения тела. Удары могут быть настолько сильны, что рисунок одежды может отпечататься в виде поверхностных повреждений на спинке сиденья водителя или пассажира. В этой фазе травмы при отсутствии фиксации головы могут возникать и непрямые (хлыстообразные)

повреждения вследствие резкого переразгибания шейного отдела позвоночника. Осколками разбитых стекол могут причиняться множественные царапины и поверхностные резаные раны на лице и кистях. При несмертельной травме внутри салона легкового автомобиля у водителя и пассажира переднего сиденья наиболее часто повреждаются таз и нижние конечности. Среди повреждений опорно-двигательного аппарата у водителей по частоте доминируют поперечные и оскольчатые переломы надколенника, нехарактерные для пассажиров переднего сиденья. Для водителей типичны разрывы ткани брюк в области коленных суставов, ссадины, кровоподтеки и ушибленные раны на передней поверхности коленных суставов и голеней, кровоподтеки на передневнутренней поверхности бедер от воздействия обода рулевого колеса, переломы вертлужной впадины в сочетании с задневерхним вывихом головки бедренной кости, переломы горизонтальной ветви лобковых костей с разрывами сочленения лобкового симфиза, переломы левой бедренной кости (в том числе двусторонние и двойные) и костей левой голени, лево- или двухсторонние переломы костей предплюсны и плюсны. На подошвах обуви иногда отмечаются отпечатки от педалей управления. Для водителей характерны также рвано-ушибленные раны в области первого межпальцевого промежутка, ссадины тыльной поверхности кисти, иногда сочетающиеся с переломо-вывихом основной фаланги первого пальца, кровоподтеки по локтевому краю предплечий, поперечные переломы средней трети плечевой кости, разрывы органов грудной полости и печени от удара о рулевую колонку, перелом левой ключицы от ремня безопасности. Основные травмообразующие детали, контактирующие с водителем и пассажиром переднего сиденья в момент столкновения: • детали рулевого колеса; • рулевая колонка; • панель приборов; • педали управления; • выступы «щитка передка» на полу салона слева и справа в проекции ног водителя и пассажира переднего сиденья; • ручки стеклоподъемников; • подлокотники на дверцах автомобиля; • боковые края спинок передних сидений; • ремни безопасности. Сопоставляя характер и взаимное расположение повреждений на теле пострадавших с конструкцией интерьера кабины, можно судить, с одной стороны, об их местоположении и действиях в момент травмы, а с другой — о направлении удара при столкновении автомобиля. Сдавление тела возникает при деформации кабины или прижатии частей тела к неподвижным частям кабины сместившимися внутрь деталями. Так, сдавление грудной клетки водителя влечет закрытые двусторонние прямые переломы передних отделов ребер. Концами сломанных ребер могут травмироваться сердце и легкие. Выступившие внутрь кабины поврежденные части автомашины могут причинить самые разнообразные дополнительные повреждения в виде «штампованных» ушибленных ран, глубоких колотых, резаных и колото-резаных ран.

3. Крайняя необходимость (ст. 39 УК РФ): «1) Не является преступлением причинение вреда охраняемым законом интересам в состоянии крайней необходимости, т.е. для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности, ...если эта опасность не могла быть устранена иными средствами и при этом не было допущено превышение пределов крайней необходимости. 2) Превышением пределов крайней необходимости признается причинение вреда, явно несоответствующего характеру и степени угрожавшей опасности и обстоятельствам, при которых опасность устранялась, когда указанным интересам был причинен вред, равный или более значительный, чем вред предотвращенный».

Билет № 29

1. Определение понятий «оружие», «орудие», «повреждающие предметы».
2. Судебно-медицинская диагностика установления прижизненности и посмертности возникновения повреждений при исследовании трупа.
3. Обоснованный риск как обстоятельство, исключающее преступность деяния.

ОТВЕТ:

1. К механическим повреждениям относятся такие, которые возникают от действия механических повреждающих факторов. В эту группу включают повреждения, причиненные предметами, оказывающими тупое и острое воздействие, повреждения от падения с высоты и на плоскости, некоторые виды огнестрельной и взрывной травмы, варианты механической асфиксии. Механическими повреждающими факторами являются тела, имеющие в момент своего воздействия фиксированную в пространстве форму. Это свойство может быть постоянным (обух топора, камень и т.п.) или временным (мощная струя воды или сжатого воздуха). Эти существенно различающиеся факторы могут причинять весьма сходные повреждения. Повреждающие факторы выстрела и взрыва формально обладают комбинированным поражающим действием (механическим, термическим, химическим). Однако преобладание механического действия дает основание условно включить огнестрельную и взрывную травмы в раздел механических повреждений. Механические повреждающие факторы делят на: • **предметы** — тела, не имеющие определенного назначения, но случайно или намеренно применяемые для нанесения повреждений (камень, доска и др.); • **орудия** — тела, имеющие определенное назначение, выпускаемые промышленностью для применения в быту, технике, производстве (нож, молоток и др.); • **оружие** — тела, имеющие специальное назначение, выпускаемые промышленностью для целей нападения и защиты (огнестрельное оружие, холодное оружие).
2. ПРИЖИЗНЕННЫЕ И ПОСМЕРТНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ. При расследовании преступлений против здоровья и жизни личности необходимо установить степень вреда, причиненного здоровью человека. Для этого при экспертизе трупа необходимо прежде всего определить группу прижизненных повреждений и отличить их от посмертных, которые образуются при грубых реанимационных манипуляциях, небрежной транспортировке трупа, умышленном расчленении мертвого тела, посмертном действии высокой и низкой температуры, повреждении трупа животными и многих других обстоятельствах. Отличить посмертные повреждения от прижизненных нелегко, так как органы и ткани в течение некоторого времени после смерти сохраняют способность реагировать в ответ на травму. Местные прижизненные признаки появляются уже через несколько минут после возникновения повреждения. Это артериальное полнокровие, реактивный отек тканей, выпадение фибрина, лейкоцитарная инфильтрация, тромбоз сосудов, различная ферментативная активность в тканях центральной и периферической зон повреждения. Наиболее информативно в диагностике прижизненных и посмертных повреждений исследование ферментов из класса оксидоредуктаз (сукцинатдегидрогеназа, малатдегидрогеназа, НАДФ-диафораза) и гидролаз (фосфомоноэстераза, липазы, химотрипсиноподобный фермент, общая эстераза). Для доказательства прижизненности травмы используют количественную

характеристику белковых фракций скелетных мышц, относительную диэлектрическую проницаемость, проводимость крови и других биологических тканей. За прижизненное происхождение травматической ампутации конечности, что особенно важно для железнодорожных травм, говорит сокращение мышц в области расчленения. Общие признаки прижизненности травмы отражают ответную реакцию на повреждение различных систем организма. Продолжающаяся после травмы сердечная деятельность поддерживает кровяное давление, что обусловливает обильное кровотечение из поврежденных сосудов. Если это крупные, тем более артериальные сосуды, то кровотечение бывает струйным и оставляет на теле, одежде и окружающих предметах лужи и пятна от брызг крови. Признаком прижизненного происхождения повреждений является также образование гематом — кровоизлияний, расслаивающих ткани с образованием заметных невооруженным глазом кровяных свертков. Если же кровяного свертка нет, а имеется лишь инфильтрация ткани эритроцитами на небольшом расстоянии от сосуда, то такой кровоподтек может быть и посмертным. Обильное пропитывающее кровоизлияние в тканях, окружающих переломы, массивные кровоизлияния в полости из разрывов внутренних органов со свертками крови, общее малокровие, наличие газовых, жировых и тканевых эмболов в сосудах большого круга кровообращения, признаки шока (гиалиновые мембраны в легких, шунтирование кровотока в почках, распространенные сладжи и стазы, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания) — все это свидетельствует о сохранении функции кровообращения после получения повреждения. Наличие кровоизлияний в придаточные пазухи черепа, в клетчатку глаз, истечение из носа сукровицы или спинномозговой жидкости — признаки прижизненности переломов костей черепа. Прижизненная реакция на травму системы внешнего дыхания выражается в аспирации крови, пищевых масс, частиц поврежденных органов, жидких и твердых инородных тел в глубокие отделы дыхательных путей и придаточные пазухи. • Реакция органов пищеварения состоит в заглатывании и продвижении по кишечнику крови, частиц поврежденных органов и инородных тел. • Реакция мочевыделительной системы — в появлении миоглобина в почечных канальцах и моче. • Реакция лимфатической системы — в появлении эритроцитов и эмульгированного жира (при повреждениях клетчатки), а также в явлениях эритрофагии в регионарных лимфатических узлах. При переломах костей в лимфатических узлах обнаруживаются также клетки костного мозга. Нейроэндокринная система отвечает на травму развитием общего адаптационного синдрома. Обычно под ним понимают прежде всего структурно-функциональные изменения в системе «гипоталамус → гипофиз → кора надпочечников», состоящие в полнокровии и повышенной активности этих органов (первая стадия), появлении клеток в состоянии функционального истощения (уменьшение числа секреторных гранул в гипоталамусе и гипофизе, делипоидизация коры надпочечников во вторую стадию, развитии дистрофии и очагов некроза (третья стадия). В действительности стресс включает также реакцию вегетативной нервной системы и всех эндокринных желез, а также других органов (стресс приводит к развитию острых эрозий и язв желудка и т.д.).

3. Обоснованный риск (ст. 41 УК РФ).

Любое действие или бездействие врача связано с риском для пациента. Даже профилактические мероприятия (например, вакцинация) могут приводить к серьезным осложнениям. Согласно современному законодательству, причинение вреда не считается преступлением в случае, если риск был обоснован.

УК РФ, ст. 41, гласит:

«1. Не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели. 2.

Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам. 3. Риск не признается обоснованным, если он заведомо был сопряжен с угрозой для жизни многих людей, с угрозой экологической катастрофы или общественного бедствия».

Критерии обоснованности риска для врачей следующие:

• при использовании рискованного метода наиболее вероятный исход лучше, чем при отказе от него; • пациент согласен на применение рискованных медицинских действий; • врач предвидит возможные осложнения применяемого метода и предпринимает меры для их предотвращения, своевременного выявления и лечения.

Билет № 30

1. Клинико-морфологическая характеристика повреждений (ссадина, кровоподтек, рана, перелом).
2. Судебно-медицинская диагностика поражений техническим и атмосферным электричеством.
3. Критерии оценки качества медицинской помощи.

ОТВЕТ:

1. От действия тупых предметов образуются все виды механических повреждений: ссадины, кровоподтеки, раны, переломы и др. Морфологические особенности этих повреждений позволяют определить свойства травмирующего тупого предмета и механизм образования повреждений. Вид повреждения определяется вариантом травмирующей силы тупого воздействия. Типичными для ударного действия будут ушибленные раны, переломы, для сдавления — уплощение части тела, размятие органов и тканей, для растяжения — рваные раны, отслойка кожи, для трения — обширные осаднения. В то же время некоторые виды повреждения могут быть следствием разных механизмов. Так, кровоподтеки возникают и от удара, и от сдавления, ссадины — и от удара, и от трения, разрывы внутренних органов — от удара, сдавления и растяжения. Ссадина — это повреждение кожи, не распространяющееся глубже ее сосочкового слоя. Дно ссадины вначале влажное, блестящее, расположено ниже уровня окружающей кожи. Через несколько часов дно подсыхает и постепенно начинает заполняться корочкой, представляющей собой засохший экссудат, некротизированный эпителий и сосочковый слой дермы. К концу первых суток корочка достигает уровня окружающей кожи, затем приподнимается над ним. С 4–5-го дня по границам ссадины начинается эпителизация, а края корочки отслаиваются. К 7–9-му дню эпителизация заканчивается, и корочка отпадает, обнажая розовую гладкую поверхность, легко собирающуюся в мелкие складки. К концу второй недели место, где была ссадина, не отличается от окружающей кожи. Число ссадин, как правило, равно числу травмирующих действий. Однако ссадины, локализующиеся на выступающих частях в пределах одной области тела или на нескольких сопряженных поверхностях тела, могут образоваться и от однократного действия широкой

поверхности тупого предмета. Размеры ссадин колеблются от точечных до нескольких десятков, а иногда — сотен квадратных сантиметров. Площадь ссадин зависит от площади контактирующей с телом поверхности тупого предмета и от протяженности динамического контакта. При таком контакте тупой предмет образует ссадину, начальный участок которой наиболее углублен. У противоположного конца могут быть заметны белесоватые лоскутки отслоенного эпидермиса. Эти признаки позволяют установить направление движения тупого предмета при образовании ссадин. Форма ссадин отличается разнообразием и зависит от формы травмирующей поверхности тупого предмета и механизма образования ссадин. При динамическом контакте образуется полосовидная ссадина, ширина которой может отражать один из размеров травмирующей поверхности тупого предмета. Иногда на поверхности ссадины выделяются множественные параллельные друг другу прямолинейные поверхностные царапины, которые возникают от того, что травмирующая поверхность предмета была неровной, шероховатой. При ударе или сдавлении форма ссадины нередко повторяет форму и рельеф поверхности тупого предмета. Кровоподтеком называется кровоизлияние, пропитывающее подкожную жировую клетчатку. Вначале кровоподтек имеет синий или сине-багровый цвет, определяющийся тем, что гемоглобин крови находится в восстановленном состоянии. С 3–4-го дня кровоподтек приобретает зеленоватый (за счет билирубина и вердохромогена), а с 7–9-го дня — желтоватый (за счет биливердина и билирубина) оттенки. Позднее этого срока кровоподтек, как правило, становится незаметным. Однако при рассечении кожи в подкожной жировой клетчатке еще долго можно найти участок коричневатого цвета за счет гемосидерина. Если кровоизлияния образовались только в коже, говорят о внутрикожных кровоизлияниях. Они обычно множественные, имеют небольшие размеры и круглую форму. Скопление крови над или под оболочками головного мозга, в подкожной клетчатке называют гематомой. Форма и размеры кровоподтеков зависят от формы и размеров травмирующей поверхности тупого предмета. Почти всегда от одного удара тупым предметом образуется один кровоподтек. Однако при сильных ударах удлиненными предметами могут возникать два продолговатых кровоподтека, располагающихся по обе стороны от ударяющей поверхности предмета. Объяснение этого явления сводится к тому, что кровеносные сосуды более устойчивы к сжатию, чем к разрыву. В полосе удара сосуды сдавливаются и сохраняют свою целость, а растягиваются и рвутся на границе этой полосы. В местах, где развита рыхлая подкожная клетчатка, кровоподтеки распространяются по ней от места первичного воздействия и их форма теряет информативность. Рана — это механическое повреждение наружных покровов, распространяющееся глубже сосочкового слоя кожи. При глубоких повреждениях иногда говорят о мышечной или костной ране, ране головного мозга и т.п. Раны, образующиеся от действия тупых твердых предметов, подразделяются на: • ушибленные; • рваные; • ушибленно-рваные. Ушибленные раны возникают от удара, рваные — от растяжения, ушибленно-рваные — от сочетания обоих механизмов (чаще всего такие раны возникают от удара тупым предметом, действующим под углом). Общие признаки ушибленной раны: • неровные, осадненные, кровоподтечные, нередко размозженные края раны с вывороченными волосяными луковицами; • наличие непересеченных волос; • отсутствие строго линейной формы раны; • тупые концы; • небольшая глубина; • наличие белесоватых соединительнотканных перемычек (фасциальных мостиков) между краями; • медленное заживление и наклонность к нагноениям. Концы размозженных сосудов быстро тромбируются, поэтому кровотечение обычно бывает незначительным. Рваная рана, за исключением неровности краев и неправильности формы, может не обладать этими

признаками. Экспертное значение рваной раны исчерпывается, как правило, определением вида травмирующего воздействия (растяжения). Ушибленная рана обладает несравненно большей судебно-медицинской информативностью. Хотя ушибленные раны могут образовываться на любом участке поверхности тела, всетаки чаще всего их находят там, где к поверхности кожи близко прилежит кость, например, на голове. Предметы с неограниченной травмирующей поверхностью образуют ушибленные раны, окруженные широким сплошным осаднением. Оно наиболее выражено в центральных отделах, а к периферии теряет свою интенсивность. Края его неровные и плавно переходят в неповрежденную кожу. Рана может иметь разнообразные формы (прямолинейную, трехлучевую и др.), которые определяются строением подлежащей кости. В центре раны выделяется участок наибольшего размозжения мягких тканей, от которого в стороны отходит несколько разрывов с относительно острыми концами. Дно разрыва представлено широкими соединительнотканными перемычками, в центре дна — размозженные мягкие ткани. Над дном раны нередко нависают неповрежденные волосы. Характер ушибленных ран, возникающих от действия ограниченной поверхности тупого предмета, во многом зависит от ее формы и размеров. Общие размеры таких ран не выходят за пределы травмирующей поверхности предмета. Ребро тупого предмета причиняет раны прямолинейные, квадратная и прямоугольная травмирующие поверхности образуют раны Г- или П-образные, треугольная — углообразную, круглая и овальная — Собразную формы. Края таких ран обычно имеют узкое осаднение. Дно ран углублено, соединительнотканные перемычки узкие, представлены отдельными волокнами и наблюдаются в основном в области концов ран. В экспертной практике иногда наблюдаются ошибки при распознавании ран, нанесенных ребром тупогранного предмета. Эти раны имеют большое сходство с рублеными, за которые они иногда и принимаются. Однако края ран от тупогранного предмета никогда не бывают такими гладкими и ровными, как края рубленых или резаных ран. Наличие перемычек между краями раны также исключает ее происхождение от острого предмета. Установить степень остроты травмирующего предмета позволяет и гистологическое исследование краев раны, выявляющее микроскопические осаднения, кровоподтеки и области размозжения. Кроме того, при взаимодействии частицы травмирующего предмета и загрязнения с его поверхности попадают в рану и могут быть обнаружены с помощью лупы или при микроскопическом исследовании, а частицы крови и поврежденных тканей остаются на предмете и могут быть выявлены на нем цитологическими методами. Стенки ран, возникающих от перпендикулярного удара, отвесны. При ударе под углом одна из стенок раны скошена, другая подрыта. Тупые предметы, действующие сферической или цилиндрической поверхностью, причиняют прямолинейные раны с дополнительными разрывами краев. Их окружает относительно широкое осаднение. Края таких ран нередко размозжены. Переломом называют нарушение анатомической целости кости. Различают переломы, возникающие непосредственно от травмирующего действия в месте контакта с травмирующим предметом (локальные или прямые переломы) и от общей деформации кости вследствие внешнего воздействия (конструкционные или непрямые переломы, переломы на протяжении). Прямые переломы позволяют судить о свойствах травмирующего предмета, виде и варианте травмирующего воздействия, непрямые переломы — только о варианте травмирующего тупого воздействия. Прямые переломы отличаются тем, что в месте контакта травмирующего предмета с костью происходят разрушение костных структур. В результате в месте приложения силы наблюдаются дефекты из-за выкрашивания костного вещества и отломки, иногда микроскопические. Костные пластинки по краям дефекта приподняты, нередко наслаиваются друг на друга. Непрямые

переломы лишены этих признаков. Края прямых переломов представляют собой крупнозазубренную ломаную линию, непрямые — мелкозазубренную. Эти признаки позволяют дифференцировать прямые и непрямые переломы любых костей скелета. Деформацией называют изменение формы и/или размеров тела от воздействия внешней силы. Переломы костей могут образовываться от деформаций изгиба, сдвига, сжатия, скручивания и отрыва (растяжения). Действие твердых тупых предметов с ограниченной поверхностью приводит к образованию переломов в результате деформации изгиба, сдвига или их комбинации. Сгибание кости приводит к изменению механических напряжений в костях: на выпуклой поверхности изгиба возникает зона растяжения, на вогнутой — сжатия. Поскольку кость менее устойчива к растяжению, на выпуклой поверхности диафиза образуется поперечная трещина, которая распространяется на боковые поверхности, где она раздваивается. Концы трещины соединяются на стороне сжатия, образуя крупный осколок. Сгибание трубчатой кости может быть при поперечном давлении на диафиз (например, при переезде колесом автомобиля), при продольном давлении на кость, а также при сгибании кости, один из эпифизов которой фиксирован. На стороне растяжения линия перелома всегда одинарная, прямолинейная, поперечная или косопоперечная, плоскость перелома ровная, края также ровные или мелкозубчатые, без расщепления, без дефектов компактного слоя (точно сопоставляющиеся при сведении отломков), нет костных фрагментов и дополнительных трещин. На стороне сжатия линия перелома зигзагообразная, косопродольная, проходит либо ниже, либо выше линии растяжения, плоскость перелома косая, поверхность ее неровная (зубцы наклонены в сторону приложения травмирующей силы), края перелома крупнозубчатые, с участками выкрашивания компактного слоя в виде мелких дефектов костной ткани, имеются костные отломки, дополнительные продольные трещины. Сдвиг кости происходит от резкого удара ребром, краем или узкой ограниченной поверхностью тупого предмета. Переломы от сдвига всегда прямые. Они имеют характер поперечных или косопоперечных. В месте приложения силы образуется небольшой скол компактного вещества. От краев перелома отходят тонкие трещины, свободные концы, которых указывают на место удара. Иногда концы трещин, отходящих от противоположных краев перелома, соединяются и образуют на стороне удара крупный осколок, чаще всего ромбовидной формы. Сжатие кости в продольном направлении лежит в основе образования вколоченных переломов. Они локализуются в метадиафизарной области и представляют собой компрессионное разрушение балочной структуры, сочетающееся нередко с переломами, раскалывающими диафиз в продольном направлении. Такие переломы встречаются при падении с высоты на выпрямленные ноги и при падении на плоскости на выпрямленную руку. Вколоченные переломы всегда непрямые. Скручивание кости представляет собой ее вращение вокруг продольной оси при одновременной фиксации одного из концов кости. При этом возникают винтообразные переломы, нередко наблюдаемые у лыжников. Винтообразные переломы всегда непрямые. Отрыв костного вещества возможен лишь в области прикрепления сухожилий. Отделившаяся часть костной массы обычно невелика. Как правило, такие переломы наблюдаются у юных субъектов с незавершенными процессами окостенения при резких натяжениях сухожилий. Основное повреждение сустава — вывих. Однако он обычно сопровождается нарушением целости внутрисуставных и околосуставных анатомических образований в виде: разрывов околосуставных связок и мышц, околосуставных переломов костей в метафизной зоне, переломов околосуставных отростков (лопатка, ребро, локтевая кость), внутрисуставных переломов эпифизов, травматизации близлежащих кровеносных сосудов и нервных стволов. Сочетание морфологических особенностей при повреждениях суставов

позволяет устанавливать механизм травматического воздействия: • при «подсечках», «бросках с переворотом» и «силовым» падением тела происходит удар областью плечевого сустава с ротацией плеча, приводящий к образованию вилкообразных чрезмыщелковых переломов плечевой кости с элементами спиралевидной формы краев перелома; • при проведении болевого приема «нижний узел» в комбинации с резким заведением руки за спину возникают спиралевидные переломы верхней трети плечевой кости, разрывы плече-клювовидной связки и надостной мышцы, разрыв верхне-задней стенки капсулы плечевого сустава со смещением головки плечевой кости вверх и внутрь; • резкая наружная ротация предплечья при фиксированном локтевом отростке (силовое противоборство типа «армрестлинг») приводит к спиралевидным переломам нижней трети диафиза плечевой кости; • проведение приема «блок локтя», связанного с переразгибанием локтевого сустава, может завершиться щелевидным разрывом передней стенки капсулы локтевого сустава с разрывами его внутренней связки; • запредельное сгибание кисти вызывает разрывы волокон тыльной межзапястной связки. Переломы плоских костей зависят от размера и формы травмирующей поверхности тупого твердого предмета и варианта его действия: удара или сдавления. От удара по месту приложения силы возникают односторонние прямые перелом Предметы с ограниченной ударяющей поверхностью, действующие с небольшой силой, могут вызвать линейный перелом (трещину), расширяющийся в направлении удара. В месте приложения силы могут образоваться и несколько радиально расходящихся переломов. От некоторых из них могут отходить дополнительные трещины, которые, соединяясь и взаимно пересекаясь, могут сформировать оскольчатые переломы на ограниченном участке свода черепа. При более сильных воздействиях образуются вдавленные переломы, соответствующие размерам травмирующей поверхности и нередко являющиеся негативным отображением ее формы. Если удар происходит не перпендикулярно, а под углом, осколки по краям перелома располагаются один над другим в виде ступенек, что дает основание называть эти переломы террасовидными. Удары большой силы могут вызвать полный сдвиг участка кости с образованием дырчатого перелома, отображающего форму и размеры травмирующей поверхности предмета. Удар небольшой силы, причиненный неограниченной поверхностью тупого твердого предмета, может привести к образованию одной, двух или трех радиально расходящихся трещин. При ударах большой силы в месте ее приложения образуется очаг оскольчатых переломов, ограниченных дугообразной трещиной. От этого очага радиально расходятся линейные трещины (так называемый паутинообразный перелом). Чем сильнее удар, тем больше площадь очага оскольчатых переломов. В зоне очага оскольчатых переломов заметна деформация в виде уплощения черепа. При сдавлении силы приложены к взаимно противоположным поверхностям головы и направлены навстречу одна другой. В местах приложения силы формируются очаги мелкооскольчатых переломов, окруженных одной или несколькими концентрическими следующими одна за другой дугообразными трещинами. Очаги оскольчатых переломов объединяются прямолинейными или несколько изогнутыми трещинами, показывающими направление сдавления. Сдавление нередко сопровождается деформацией головы, вплоть до ее полного сплющивания. В редких случаях при сдавлении образуется единичная линейная трещина. Она возникает от растяжения кости вне мест приложения силы и является непрямым переломом. При нескольких ударах по голове линия перелома, образовавшегося от последующего удара, будет прерываться линиями переломов, возникших от предыдущих ударов. При ударах по грудной клетке на месте ударов возникают прямые поперечные или оскольчатые переломы грудины, лопаток и ребер, сопровождающиеся разрывами пристеночной

плевры. При этом ребро разгибается, компактное вещество на наружной стороне подвергается сжатию, а на внутренней — растяжению. При сдавлении образуются множественные двусторонние двойные и тройные переломы ребер: в местах приложения силы возникают прямые, а на протяжении — непрямые переломы. Сдавление чаще всего происходит в передне-заднем направлении. При этом ребро сгибается и сжатие происходит на наружной стороне, а растяжение — на внутренней. Поэтому расположение признаков сжатия и растяжения, наряду с наличием или отсутствием наружных повреждений, позволяет установить механизм перелома. Переломы позвоночника от локального удара приводят к оскольчатым переломам тел и отростков отдельных позвонков. При действии сил по оси позвоночника образуются компрессионные переломы тел позвонков. При чрезмерно резком сгибании позвоночника чаще всего возникают вывихи и клиновидная компрессия передних отделов тел шейных позвонков (при разгибании — задних отделов). Такие переломы обычно сопровождаются повреждениями связочного аппарата позвоночника. Эти переломы нередки в условиях транспортных происшествий, а механизм их возникновения носит название хлыстообразных повреждений. При ударах в область таза в месте приложения силы возникают односторонние прямые единичные или двойные поперечные, или оскольчатые, переломы. При сдавлении таза образуются двусторонние двойные вертикальные переломы: в местах приложения силы находят прямые, а на протяжении — непрямые переломы костей таза. Дифференцировать механизм нарушения целости костной ткани позволяют и микроструктурные изменения в зоне перелома.

2. Поражение техническим электричеством почти всегда происходит при непосредственном контакте с проводником электрического тока. Изредка человек может быть поражен электрическим током без прикосновения к проводнику, через дуговой контакт на близком расстоянии от проводника высокого напряжения или от шагового напряжения, возникающего вследствие разности потенциалов на двух стопах, касающихся земли вблизи лежащего на грунте проводника. Поражающее действие электрического тока зависит от совокупного влияния свойств тока, условий контакта и свойств организма. Говоря о поражающих свойствах тока, прежде всего имеют в виду его силу, напряжение, тип и частоту. Опасной для организма человека считается сила тока около 0,1 А, смертельной — свыше 0,1 А. Смертельные поражения электричеством чаще всего встречаются при напряжении 110–240 В, при котором из-за судорожного сокращения скелетной мускулатуры человек не в состоянии самопроизвольно разжать кисть, которой он взял проводник. При повышенной чувствительности к току смерть может наступить при напряжении 30–40 В. Токи высокого напряжения (тысячи вольт и более) в ряде случаев не приводят к смерти, так как в месте контакта возникает вольтова дуга и происходит обугливание тканей, вызывающее резкое увеличение их сопротивления и снижение силы тока. Глубокое обугливание может привести ткани к состоянию диэлектрика и тем самым нарушить контакт тока с организмом. При напряжении 110–240 В переменный ток более опасен, чем постоянный. Наиболее опасной считается его частота в 50 Гц, т.е. частота бытового переменного тока. При напряжениях около 500 В переменный и постоянный токи опасны в одинаковой мере. При напряжении в 1000 В и более опасен постоянный ток. Переменные токи порядка 1500 В и 3 А, но при высокой частоте (10 000–100 000 Гц) безопасны, и их широко применяют в физиотерапевтической практике. Эффективность действия электрического тока зависит от характера его контакта с организмом: времени, плотности и площади контакта, наличия и характера изоляторов, влажности проводника, поражаемой поверхности тела и окружающей среды, одно- или двухполюсного включения в электрическую цепь. Однополюсное включение при

отсутствии заземления неопасно. При двухполюсном включении исход электротравмы зависит от путей (петель) тока в организме. Наиболее опасны верхние петли тока, проходящие через сердце и головной мозг, менее — нижние, проходящие только через обе ноги. Существенное влияние оказывает время контакта. Например, действие электрического тока напряжением 1000 В в течение 0,02 с вызывает несущественные функциональные изменения; действуя в течение 1 с, тот же ток ведет к гибели организма. На исход действия тока влияют такие свойства организма, как местное сопротивление тканей и общая его сопротивляемость. Уровень сопротивления тканей определяется разными факторами. Толстый роговой слой, сухая кожа, наличие изоляторов (обувь, одежда) увеличивают сопротивление тканей. Истонченный роговой слой, поврежденная и влажная кожа, повышенная потливость, интенсивное местное кровообращение, отсутствие изоляторов, наличие проводников (металлические застежки, гвозди в обуви и пр.) резко снижают сопротивление тканей и увеличивают опасность поражения. Человек становится более чувствительным к действию электричества при снижении общей сопротивляемости организма вследствие физического перенапряжения, переутомления, травм, заболеваний, интоксикаций, длительного общего действия высокой температуры и др. Определенное значение придается фактору внимания. Известно, что благоприятные исходы наблюдаются в случаях, когда человек ждет поражения током. Здесь прежде всего имеет значение готовность человека к моменту удара током, в связи с чем сокращается время контакта, а, следовательно, и мощность электрического воздействия. Поражение атмосферным электричеством бывает при действии молнии. Линейная молния — искровой электрический разряд в атмосфере, характеризующийся силой тока порядка 100 000 А, напряжением в несколько миллионов вольт и временем существования менее 0,0001 с. Шаровая молния — светящееся плазменное образование шарообразной формы, плавающее в воздухе и способное проникать в помещения через открытые двери и окна, причиняя повреждения. Механизм повреждающего действия техническим электричеством сложен и проявляется в специфическом электрическом, электрохимическом, тепловом, механическом и неспецифическом действиях электрического тока. Специфическое действие сводится к изменению мембранных потенциалов и в результате — к раздражению всех возбудимых тканей: скелетной и гладкой мускулатуры, желез, нервных рецепторов и проводников. Последствиями его могут быть тонические судороги скелетных мышц, в том числе диафрагмы, вызывающие остановку дыхания, спазм голосовых связок, отрывные переломы. Действуя на мышцу сердца, электрический ток может вызвать фибрилляцию желудочков. Тоническое сокращение гладких мышц сопровождается повышением кровяного давления, непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией. Органы внутренней секреции реагируют на электрическое раздражение выбросом катехоламинов. Электрический ток способен оказать влияние на калий-натриевый градиент клеток, мембранные потенциалы и нарушить процессы передачи возбуждения, что может привести к остановке сердца. Электрохимическое действие (электролиз молекул и перераспределение ионов) выражается: • в нарушении ионного равновесия в тканях в виде коагуляционного (у анода) и колликвационного (у катода) некроза; • в образовании пара и газа; • в импрегнации кожи металлом проводника. Тепловое действие прямо связано с сопротивлением тканей и превращением электрической энергии в тепловую (закон Джоуля–Ленца). Его последствия — ожоги различной степени. В костях могут образоваться «жемчужные бусы», представляющие собой расплавленный и затем застывший фосфорнокислый кальций в виде белых шариков диаметром 1–5 мм с пустотами внутри за счет испарения находящейся в костях жидкости. Механическое действие электрического тока приводит к

разрывам и расслоениям тканей. Механическое действие большой силы может привести к вывихам и даже отрывам конечностей. Влияние на организм вторичных явлений, сопровождающих электрические процессы, относят к неспецифическому действию: ожоги от действия вольтовой дуги, раскаленного проводника, горящей одежды, а также акустическая травма, механические повреждения при падении после поражения током и др. Местное действие технического электричества приводит к возникновению электрометок или знаков тока. Они образуются в месте контакта с проводником тока. Типичная электрометка имеет небольшие размеры и кратерообразную форму: края ее приподняты, дно западает. Поверхность электрометки сухая. Ее края светло-серые, иногда почти белые и окружены венчиком розовой гиперемии. Дно желтоватое или темно-серое, импрегнированное металлом проводника. Форма и размеры электрометок соответствуют форме, размерам и рельефу контактирующей части проводника. Электрометки отсутствуют в 10–12% смертельных электротравм. Атипичные электрометки могут иметь вид ссадин, царапин, небольших резаных или ушибленных ран, мозолей или бородавок, кровоизлияний в кожу, мелкоточечной татуировки, фигур молнии. Дифференциальный диагноз в таких случаях ставится на основании изучения микроскопической картины. Ожоги при действии электрического тока возникают под влиянием искры или вольтовой дуги и отличаются от термических ожогов только большей глубиной. Возможно сочетание признаков электрометки и ожога. Электрические ожоги у людей, оставшихся в живых, обычно сопровождаются резким, бледным и плотным отеком окружающих тканей. Клинические явления, наблюдаемые после действия электрического тока, свидетельствуют о поражении нервной системы: безболезненность и отсутствие воспаления в области электрометок, замедленное заживление без нагноения с образованием тонкого рубца. При выживании пострадавших электроожоги и электрометки осложняются вторичным некрозом тканей вследствие повреждения сосудов — их спазма, тромбозов и некроза стенки. Поэтому для электроожогов характерно постепенное расширение зоны некроза — площадь и глубина поражения через 2–3 нед оказываются в 2–3 раза больше первоначальных, возможны аррозивные кровотечения. Гистологическая картина электрометки специфична: в роговом, реже в более глубоких слоях эпидермиса сотообразные пустоты и щелевидные разрывы, расположенные параллельно поверхности кожи, клетки базального слоя и частично слоя шиповатых клеток вытянуты перпендикулярно или под небольшим углом к поверхности кожи и представляются в виде так называемых частокола, щетки или метелочек. На поверхности и в глубине рогового слоя выявляют внедрившиеся частицы металла проводника. Периферические нервы подвергаются дистрофии и некрозу, имеются разрывы осевых цилиндров и распад миелина. В скелетной мускулатуре определяются некроз, разрывы и спиральные скручивания волокон. Различают четыре клинических типа смерти от электрического тока: • внезапная смерть на месте происшествия; • замедленная смерть, когда пострадавший проявляет кратковременные признаки жизни (крик, судороги); • прерванная смерть, когда пострадавшего удается на время вывести из бессознательного состояния, но вскоре наступает смерть; • поздняя смерть, наступающая неожиданно через несколько дней после поражения электрическим током. Смерть при поражении электрическим током может наступить как от первичной остановки дыхания, так и от первичной остановки сердца. Причиной остановки дыхания могут быть угнетение и паралич дыхательного центра продолговатого мозга, тоническое сокращение диафрагмы, тоническое сокращение мышц-сжимателей голосовой щели. Первичная остановка сердечной деятельности может быть обусловлена параличом сосудодвигательного центра продолговатого мозга, рефлекторным спазмом венечных артерий сердца, прекращением передачи процессов

возбуждения из-за нарушения натрийкалиевого градиента и мембранных потенциалов, фибрилляцией желудочков сердца. Еще один вариант танатогенеза — шок за счет резкого раздражения рецепторов и нервных стволов, болезненной судороги мышц и спазма сосудов, ишемии тканей, кровоснабжаемых спазмированными сосудами. О быстром наступлении смерти при поражении электрическим током свидетельствуют изменения во внутренних органах: • полнокровие внутренних органов; • жидкая кровь в полостях сердца и крупных сосудах; • множественные мелкие темно-красные кровоизлияния под серозные оболочки сердца, легких и других паренхиматозных органов; • быстрый аутолиз поджелудочной железы; • наличие первичной мочи в капсулах почечных клубочков. Иногда даже отек легких и мозга не успевает развиться. При смерти по асфиксическому типу имеется цианоз, при сердечной смерти — бледность. Фибрилляция желудочков сердца проявляется его дряблостью и комплексом микроскопических признаков (фрагментация кардиомиоцитов и т.д.). Дополнительными диагностическими признаками считают анизокорию и спазм бронхов. Судебно-медицинская экспертиза при поражении электрическим током в первую очередь предусматривает установление причины смерти. Для суждения о причине смерти должны быть использованы: • объективные секционные и гистологические данные о наличии на теле погибшего электрометок и признаков быстро наступившей смерти, об отсутствии признаков травм, заболеваний и отравлений, способных самостоятельно привести к смерти; • сведения о возможном контакте пострадавшего с токонесущим проводником, которые можно получить по результатам технической экспертизы, осмотра места происшествия и данным о характере работы, которую выполнял погибший перед смертью. Идентификация металла проводника осуществляется применением метода цветных отпечатков и микрохимических реакций на металлы в гистологических срезах. Молния оказывает на организм в основном тепловое и механическое поражающее действие. В местах контакта она вызывает глубокое обугливание тканей, а иногда и разрывы кожи. Ожоги кожи могут носить и поверхностный характер. Всегда на большой площади выражено опаление волос. Одежда, как правило, обожжена и разорвана, а металлические предметы оплавлены. При прямом поражении человека молнией отмечаются грубые повреждения от отрыва конечностей до фрагментирования тела. Специфическими для действия атмосферного электричества являются «фигуры молнии» — красноватые древовидные разветвления, обнаруживаемые на поверхности тела и занимающие значительную площадь. На трупе их находят не всегда, так как нередко они исчезают к концу первых суток, хотя на теле оставшихся в живых их иногда наблюдают в течение нескольких дней. Фигуры молнии характеризуются парезом сосудов поверхностного и глубокого сосудистых сплетений кожи, резко выраженным, распространенным полнокровием и кровоизлияниями, в том числе диффузными. Если эпидермис не обуглен, то он резко базофилен и уплощен (коагуляционный некроз). Молния может вызывать мелкие разрывы и кровоизлияния в легких, мозге и других органах. Мнение о возможности поражения молнией может подкрепить обстановка места происшествия: открытые площадки, расщепленное и обугленное дерево или иные деревянные предметы вблизи трупа, оплавленные изделия из металла, разбросанные обрывки обожженной одежды и др.

3. Под независимой оценкой качества работы медицинских организаций понимают оценку деятельности таких организаций в соответствии с критериями и показателями оценки и составление рейтингов медицинских организаций. Для организации проведения независимой оценки качества формируют общественные советы (ч. 4 ст. 79.1 ФЗ №323). Независимую оценку качества оказания услуг

медицинскими организациями проводят не чаще чем 1 раз в год и не реже чем 1 раз в 3 года.
Оценку условий оказания услуг проводят по следующим общим критериям:
открытость и доступность информации о медицинской организации;
комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения; время ожидания предоставления медицинской услуги;
доброжелательность, вежливость, компетентность работников медицинской организации;
удовлетворенность оказанными услугами (ч. 2 ст. 79.1 ФЗ №323).
Показатели, характеризующие общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, в отношении которых проводят независимую оценку, устанавливает уполномоченный федеральный орган исполнительной власти с предварительным обсуждением на общественном совете (утверждено приказом Минздрава России от 10.05.2017 N 203н).
Данные критерии качества применяются при оказании медицинской помощи в медицинских и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.
Критерии качества применяются в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.
Критерии качества применяются по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях).
Например, критерии качества в амбулаторных условиях:
а) ведение медицинской документации - медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях <1>, истории развития ребенка, индивидуальной карты беременной и родильницы (далее - амбулаторная карта):
заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой;
наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;
б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи:
оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в амбулаторной карте;
в) установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;
г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;
д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента;
е) назначение лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;
ж) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее - клинические рекомендации):

оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте;
установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения;
проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением медицинской организации;
з) внесение соответствующей записи в амбулаторную карту при наличии заболевания (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований, а также оформление направления с указанием клинического диагноза при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме;
и) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций;
к) назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с установленным порядком:
оформление протокола решения врачебной комиссии медицинской организации;
внесение записи в амбулаторную карту при назначении лекарственных препаратов для медицинского применения и применении медицинских изделий по решению врачебной комиссии медицинской организации;
л) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке;
м) осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке с соблюдением периодичности обследования и длительности диспансерного наблюдения;
н) проведение медицинских осмотров, диспансеризации в установленном порядке, назначение по их результатам, в случае необходимости, дополнительных медицинских мероприятий, в том числе установление диспансерного наблюдения.