

Комментарий к "Правилам степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека"

Российский центр СМЭ: Комментарий от 00.00.2008

ПРАВИЛА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА

1. Настоящие Правила устанавливают порядок определения при проведении судебно-медицинской экспертизы степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

Порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, в рамках производства судебно-медицинской экспертизы основывается на закрепленных в Конституции РФ (1993) и охраняемых законом правах человека и гражданина, правах гражданина и пациента, изложенных в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан (1993), положениях УК РФ (1996) в части, касающейся причинения вреда здоровью человека, положениях УПК (2002) и ФЗГЭД (2001) в отношении требований к производству освидетельствования, осмотра и экспертизы, а также настоящих Правил, ведомственных нормативных актов об организации судебно-медицинской деятельности в РФ, фундаментальных теоретических и прикладных, клинических и судебно-медицинских знаний.

2. Под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психических факторов внешней среды.

По смыслу п. 2 речь идет о причинении вреда здоровью, т. е. причинении вреда живому человеку, так как здоровье (или нездоровье) — это исключительная характеристика живого существа. Однако это положение не исключает возможности установления тяжести вреда здоровью человека при исследовании его трупа. В этом случае устанавливается, какой была степень тяжести вреда здоровью человека до того, как наступила его смерть, т. е., в конечном итоге, речь идет об оценке прижизненной травмы.

Вред здоровью понимается как следствие, результат внешнего воздействия, поэтому определение понятия «вред здоровью» практически полностью совпадает с такими понятиями, как «травма» или «повреждение» (естественно, речь идет о прижизненной травме или прижизненном повреждении).

Нарушение анатомической целостности (структуры) и физиологической функции рассматривается в двуединстве, так как не может быть нарушения анатомической структуры живого организма без того, чтобы не была бы нарушена функция. Точно так же не может быть нарушения функции организма при отсутствии какого-то морфологического субстрата, обусловившего выявленные функциональные изменения. Причем морфологический эквивалент нарушаемой функции может быть выявлен не только на органном или тканевом уровне, но и на клеточном и субклеточном уровнях. То есть имеется в виду вред, который причиняется здоровью организма в целом, а не только отдельных органов или тканей.

Определение понятия «вред здоровью» дает исчерпывающий перечень причин (повреждающих факторов) травмы: физических, химических, биологических, психических. Причем эти факторы могут вызывать вред здоровью как каждый в отдельности, так и в различных сочетаниях (в последнем случае речь идет о возникновении и, следовательно, о необходимости экспертной оценки комбинированной травмы). Объединяет эти факторы то, что все они являются внешними (по отношению к организму человека) повреждающими факторами, или факторами окружающей среды.

3. Вред, причиненный здоровью человека, определяется в зависимости от степени его тяжести (тяжкий вред, средней тяжести вред и легкий вред) на основании квалифицирующих признаков, предусмотренных пунктом 4 настоящих Правил, и в соответствии с Медицинскими критериями определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утверждаемыми Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

УК РФ определяет всего три степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: тяжкий, средней тяжести и легкий. Это — результат внешнего травматического воздействия, результат действия одного или нескольких внешних повреждающих факторов.

Квалифицирующие признаки также устанавливает УК РФ. Он дает исчерпывающий перечень квалифицирующих признаков (результатов внешних воздействий): опасность для жизни; потеря зрения, речи, слуха либо какого-либо органа или утрата его функций; прерывание беременности, психическое расстройство, заболевание наркоманией или токсикоманией; неизгладимое обезображивание лица; полная утрата профессиональной трудоспособности; стойкая утрата общей трудоспособности; расстройство здоровья. Последние два признака имеют градации:

- — стойкая утрата общей трудоспособности:
 - а) «не менее, чем на одну треть»,
 - б) «значительная... менее, чем на одну треть»,

- в) «незначительная»;
- — расстройство здоровья, согласно Правилам, может быть длительным и кратковременным.

Подавляющее большинство квалифицирующих признаков представляет собой однозначную характеристику результата противоправного действия: опасность для жизни, потеря зрения, речи, слуха либо какого-то органа, утрата функций органа, стойкая утрата общей трудоспособности, полная утрата профессиональной трудоспособности, расстройство здоровья, прерывание беременности, психическое расстройство, заболевание наркоманией или токсикоманией.

Один из признаков содержит двуединую характеристику — неизгладимое обезображивание лица. В этом признаке первая составляющая устанавливается медицинскими специалистами и представляет собой результат действия на лицо человека какого-то повреждающего фактора (механического, термического, химического и т.п.). Вторая составляющая характеризует действие — обезображивание, поэтому, как и всякое действие, она, в конечном итоге, устанавливается и оценивается судом.

Одни квалифицирующие признаки представляют собой факт, получающий свою квалифицирующую определенность в момент причинения вреда здоровью, независимо от реального исхода повреждения (например, опасность для жизни и некоторые виды стойкой утраты трудоспособности). Для установления других квалифицирующих признаков требуется определить реальный исход, т. е. тот временный или необратимый ущерб анатомическим структурам и физиологическим функциям, который был причинен первичным (исходным) воздействием (например, расстройство здоровья разной продолжительности).

4. Квалифицирующими признаками тяжести вреда, причиненного здоровью человека, являются:

- **а) 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 одну треть;**
 - **полная утрата профессиональной трудоспособности;**
- **б) в отношении средней тяжести вреда:**
 - **длительное расстройство здоровья;**

- **значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть;**
- **в) в отношении легкого вреда:**
 - **кратковременное расстройство здоровья;**
 - **незначительная стойкая утрата общей трудоспособности.**

Квалифицирующие признаки, перечисленные в п. 4 Правил, полностью соответствуют ст. 111, 112, 115 УК РФ.

5. Для определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, достаточно наличия одного из квалифицирующих признаков. При наличии нескольких квалифицирующих признаков тяжесть вреда, причиненного здоровью человека, определяется по тому признаку, который соответствует большей степени тяжести вреда.

Первая часть п. 5 изложена четко и недвусмысленно — достаточно одного квалифицирующего признака для установления степени тяжести вреда здоровью. Однако это касается лишь такого случая, когда квалифицирующий признак является единственной квалифицирующей характеристикой повреждения.

При наличии нескольких квалифицирующих признаков степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, устанавливается по признаку, соответствующему наибольшей степени тяжести вреда здоровью.

Между тем, выявив несколько квалифицирующих признаков и установив степень тяжести вреда по признаку наибольшей тяжести, эксперт, кроме того, обязан указать в своем заключении и на иные выявленные им признаки, поскольку это обстоятельство будет содействовать более полному и объективному определению судом степени вины виновного лица. Например, степень вины может быть определена судом по-разному в случае, если:

- а) тяжкий вред здоровью ограничился только опасностью для жизни, а пострадавший оправился от травмы в короткий срок, например, через неделю приступил к исполнению обычных трудовых обязанностей;
- б) тяжкий вред здоровью (по тому же признаку опасности для жизни) сопровождался длительным расстройством здоровья и завершился значительной стойкой, т. е. необратимой, утратой общей трудоспособности.

6. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, определяется в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения врачом — судебно-медицинским экспертом (далее — эксперт).

Правила не ограничивают возможности установления степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, только в судебно-медицинских учреждениях. Это могут быть, по смыслу п. 6, и иные медицинские учреждения, например, медицинские вузы, входящие в государственную систему здравоохранения, имеющие лицензию на право заниматься конкретным видом судебно-медицинской деятельности, в частности экспертизой живых лиц.

Определяющими требованиями являются: а) государственный статус медицинского учреждения; б) выполнение экспертизы судебно-медицинским экспертом. Это может быть государственный судебно-медицинский эксперт, имеющий соответствующий судебно-медицинский сертификат, сертифицированный врач государственного медицинского учреждения (например, преподаватель кафедры судебной медицины государственного медицинского вуза, имеющего лицензию на право заниматься судебно-медицинской экспертизой живых лиц).

Судебные медики негосударственных медицинских учреждений в статусе обществ с ограниченной ответственностью, акционерных обществ, общественных объединений и т. п., имеющие лицензию на право заниматься судебно-медицинской экспертизой живых лиц или судебно-медицинской экспертизой по материалам дела, а также частные судебные медики, не являющиеся сотрудниками упомянутых учреждений, могут проводить судебно-медицинскую экспертизу по определению тяжести вреда здоровью в соответствии со ст. 41 ФЗ ГСЭД с соблюдением иных требований этого Закона (ст. 2, 4, 6-8, 16, 17, 24, 25, ч. II ст. 18).

7. Объектом судебно-медицинской экспертизы является живое лицо, либо труп (его части), а также материалы дела и медицинские документы, предоставленные в распоряжение эксперта в установленном порядке.

В конечном итоге единственным объектом судебно-медицинского эксперта при определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, является живой человек («живое лицо»). При судебно-медицинском исследовании трупа решается та же задача: какова была (или какова была бы) тяжесть вреда, причиненного здоровью человека при его гибели.

Конкретные нарушения структуры и функции организма могут быть установлены при непосредственном судебно-медицинском обследовании пострадавшего.

Если пострадавший обследовался или лечился по поводу причиненной травмы в амбулаторных или стационарных медицинских учреждениях, то о характере первичного (исходного) нарушения анатомической целостности и физиологической функции судят опосредованно, по записям в медицинских документах (карте амбулаторного или стационарного пребывания больного, сопроводительном листе скорой медицинской помощи, регистрационных журналах травматологических пунктов, бланках специальных лабораторных

анализов и др.) или отображениям на фотоснимках, рентгенограммах, компьютерных изображениях, электрокардиограммах, электроэнцефалограммах и др.

Если пострадавший к моменту проведения экспертизы умер, то на трупе может быть установлен только анатомический (структурный) компонент повреждения. Возможности суждения о характере прижизненной нарушенной функции ограничены предположениями, базирующимися на характере и степени тяжести анатомических повреждений, а также на записях в медицинских документах, зафиксировавших состояние здоровья пострадавшего после травмы.

Несомненно, судебно-медицинский эксперт должен ходатайствовать о предоставлении подлинных медицинских документов с исчерпывающей информацией о характере и клиническом течении повреждений. В подлинных документах, изъятых установленным порядком из медицинского учреждения, могут содержаться записи, о разном времени и способе исполнения которых можно судить при непосредственном осмотре этого документа (написание единого текста разными красителями или разными пишущими приборами, подчистки, дописки, зачеркнутые или залитые фрагменты текста и т. п.). Это дает основание обратить внимание лица, назначившего экспертизу, на выявленные фактические данные. В ряде случаев это может быть основанием для предварительной криминалистической экспертизы документов, в ходе которой происходит восстановление уничтоженного, зачеркнутого, залитого или частично утраченного текста. Иначе говоря, судебно-медицинскому эксперту должны быть предоставлены подлинные документы с подлинными исходными первичными сведениями.

В случаях, если весь или часть написанного от руки текста предоставленного медицинского документа неразборчива, судебно-медицинский эксперт вправе ходатайствовать об официальной расшифровке текста. Использование при проведении экспертизы неразборчивого текста либо лишает эксперта возможности получить полную информацию о предмете исследования, либо создает опасность искаженного восприятия содержания неразборчивых записей.

Если в силу каких-то причин эксперту не могут быть предоставлены подлинные медицинские документы, могут быть официально предоставлены копии, заверенные нотариусом или органом, назначившим экспертизу. В таких случаях эксперт обязан отметить в своем Заключении факт предоставления заверенных копий. Ответственность за соответствие копий оригиналу несет орган, назначивший экспертизу и представивший копии.

Помимо текстовых медицинских документов для ответа на поставленные вопросы эксперту могут потребоваться подлинные рентгенограммы, электрокардиограммы и т. п. Если они не представлены вместе с постановлением о назначении судебно-медицинской экспертизы, они должны быть запрошены в письменном ходатайстве эксперта.

Если без запрашиваемых документов решение поставленных вопросов невозможно, то в ходатайстве эксперт обязан указать на это обстоятельство и уведомить следователя (или иное лицо, назначившее экспертизу) о

приостановлении производства экспертизы до момента исполнения ходатайства.

8. В случае возникновения необходимости в специальном медицинском обследовании живого лица к проведению судебно-медицинской экспертизы привлекаются врачи-специалисты организаций, в которых имеются условия, необходимые для проведения таких обследований.

Если для ответа на поставленные вопросы, находящиеся в компетенции судебно-медицинского эксперта, необходимо специальное обследование (амбулаторное или стационарное, однократное или динамическое), судебно-медицинский эксперт в соответствии с п. 8 Правил вправе потребовать от врачей-специалистов организаций (как медицинских, так и немедицинских) предоставить технические возможности для проведения необходимого экспертного исследования. Если организация (или врачи данной организации) отказываются от предоставления имеющихся у них условий, об этом уведомляется лицо, назначившее экспертизу, для принятия предусмотренных законом мер, обеспечивающих технические возможности использования условий организации, необходимых для производства экспертизы.

Пункт 8 Правил не касается производства комиссионных экспертиз, для назначения и производства которых устанавливается иной порядок.

9. При проведении судебно-медицинской экспертизы в отношении живого лица, имеющего какое-либо предшествующее травме заболевание либо повреждение части тела с полностью или частично ранее утраченной функцией, учитывается только вред, причиненный здоровью человека, вызванный травмой и причинно с ней связанный.

Для определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека с ранее утраченной функцией вследствие предшествовавшей травмы или заболевания, эксперт обязан путем непосредственного обследования пострадавшего и изучения медицинской документации о его предшествующем здоровье (или нездоровье) установить:

- а) факт, характер и объем ранее утраченной функции;
- б) факт, характер и объем функции, утраченной в связи с оцениваемой травмой;
- в) влияние ранее утраченной функции и индивидуальных особенностей организма пострадавшего (например, истощение, астенизация, нарушение

иммунного статуса и т. п.) на клиническое течение оцениваемой травмы и степень нарушенных дополнительных функций.

Устанавливая причинную связь между степенью причиненного вреда здоровью и оцениваемой травмой, эксперт обязан не только формально ограничиться констатацией объема функции, дополнительно нарушенной оцениваемой травмой, но и определить характер влияния ранее нарушенной функции и индивидуальных особенностей организма на характер и степень нарушения, вызванного оцениваемым повреждением.

10. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, при наличии повреждений, возникших от неоднократных травмирующих воздействий (в том числе при оказании медицинской помощи), определяется отдельно в отношении каждого такого воздействия.

Задача судебно-медицинским экспертом решается при наличии нескольких разобщенных повреждений или нескольких совпадающих по локализации повреждений, но возникших от действия разнохарактерных повреждающих факторов.

Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека каждым из нескольких разобщенных повреждений, устанавливается в зависимости от характера конкретного повреждения, например, при множественных колото-резаных ранениях живота часть из них может проникать в полость брюшины (это тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни), не проникающие в полость брюшины повреждения будут оцениваться в зависимости от реального исхода, который может выражаться в разной продолжительности расстройства здоровья.

При расположении нескольких совпадающих по локализации повреждений степень тяжести вреда может быть установлена в случае, если эти повреждения образовались от различных по своей сущности внешних повреждающих факторов. Например, комбинированная травма правого подреберья, выражающаяся в закрытой тупой травме живота с разрывом ткани правой доли печени и термических ожогах кожи этой же области. Первая составляющая оценивается как тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни, вторая — в зависимости от реального исхода.

В результате однократного воздействия может образоваться несколько повреждений, например, закрытая травма грудной клетки в виде разрыва левого легкого, переломов V-VI левых ребер и обширного кровоподтека. Эти повреждения, возникшие от однократного воздействия, оцениваются в совокупности.

Травма может быть причинена многократным воздействием в одну анатомическую область, например, закрытая тупая травма головы с тяжелым ушибом головного мозга и множественными ушибленными ранами и кровоподтеками лица. В данном случае ушиб головного мозга сформировался

от совокупности нескольких внешних воздействий. Совокупный повреждающий эффект заключается в том, что каждое последующее воздействие усугубляет действие предыдущего, в результате могут появляться новые источники внутричерепного кровотечения, приостановившееся кровотечение возобновляется, затем усиливается и др. Поэтому такая травма головы должна быть оценена как единое многокомпонентное повреждение, представляющее собой тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни. Если несколько повреждений имеют разную давность, тяжесть вреда здоровью устанавливается по отношению к каждому повреждению. При этом учитываются рекомендации, предусмотренные п. 9 настоящих Правил.

11. При определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, повлекшего за собой психическое расстройство и (или) заболевание наркоманией либо токсикоманией, судебно-медицинская экспертиза проводится комиссией экспертов с участием врача-психиатра и (или) врача-нарколога либо врача-токсиколога.

12. При определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, повлекшего прерывание беременности, судебно-медицинская экспертиза проводится комиссией экспертов с участием врача акушера-гинеколога.

Пункты 11 и 12 устанавливают комиссионный порядок определения степени тяжести вреда здоровью, повлекшего за собой психическое расстройство, или заболевание наркоманией либо токсикоманией (п. 11), или прерывание беременности (п. 12). Методика проведения таких видов судебно-медицинских экспертиз предусматривается специальными Медицинскими критериями, утвержденными Минздравсоцразвития России.

13. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, выразившегося в неизгладимом обезображивании его лица, определяется судом. Производство судебно-медицинской экспертизы ограничивается лишь установлением неизгладимости указанного повреждения.

Судебно-медицинская экспертиза устанавливает и оценивает анатомические и функциональные последствия каких-то действий. Таким последствием действия на лицо человека является неизгладимость. Факт имевшего действия — обезображивания лица — устанавливает суд.

МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА

I. Общие положения

1. Настоящие медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (далее — медицинские критерии), разработаны в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (далее — Правила).

Медицинские критерии разработаны во исполнение постановления Правительства РФ от 17.08.2007 г. № 522 и представляют собой медицинское содержание понятий, признаков, норм и положений «Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», введенных в действие упомянутым постановлением Правительства РФ.

2. Медицинские критерии являются медицинской характеристикой квалифицирующих признаков, которые используются для определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, при производстве судебно-медицинской экспертизы в гражданском, административном и уголовном судопроизводстве на основании определения суда, постановления судьи, лица, производящего дознание, следователя.

Медицинские критерии — это медицинское содержание (медицинская характеристика, медицинская составляющая, медицинский компонент) квалифицирующих признаков степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, предусмотренных действующим уголовным законодательством РФ.

3. Медицинские критерии используются для оценки повреждений, обнаруженных при судебно-медицинском обследовании живого лица, исследовании трупа и его частей, а также при производстве судебно-медицинских экспертиз по материалам дела и медицинским документам.

Кроме судебно-медицинской экспертизы живых лиц, оценка степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, производится при судебно-медицинской экспертизе трупа и экспертизе по материалам дела. Приступая к экспертизе по материалам дела, следует заявить ходатайство о представлении на экспертизу пострадавшего. При непосредственном обследовании пострадавшего могут быть обнаружены повреждения (или их следы), не соответствующие записям в медицинских документах по локализации, числу и характеру повреждений. Если пострадавший не может быть представлен, следователь (прокурор, судья, лицо, производящее дознание) должен в ответ на ходатайство эксперта указать причину невозможности представить пострадавшего для проведения судебно-медицинской экспертизы. Для экспертизы по определению степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, должны быть предоставлены подлинники медицинские документы. В исключительных случаях предоставляются копии, заверенные нотариально либо органом, назначившим судебно-медицинскую экспертизу.

Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, может быть установлена по результатам непосредственного обследования потерпевшего живого человека или исследования мертвого тела. Если к моменту производства экспертизы причиненные повреждения зажили или существенно видоизменились, то объективную информацию о причиненном повреждении можно получить при изучении медицинских документов, в которых даются описание первичного состояния повреждений и динамика клинического развития повреждения.

Если живой пострадавший или мертвое тело не могут быть представлены для экспертного исследования, медицинские документы становятся единственным источником информации о повреждении применительно к задаче установления степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

4. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, определяется в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения врачом — судебно-медицинским экспертом, а при его отсутствии — врачом иной специальности (далее — эксперт), привлеченным для производства экспертизы, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и в соответствии с Правилами и Медицинскими критериями.

Медицинские критерии подчеркивают важное положение п. 6 Правил о том, что степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, определяется в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения врачом — судебно-медицинским экспертом в соответствии с Медицинскими критериями и Правилами. Положение о проведении судебной экспертизы в государственных учреждениях судебной экспертизы государственными экспертами соответствует ст. 1 ФЗ ГСЭД.

Вместе с тем п. 6 Правил и п. 4 Медицинских критериев не противоречат ст. 41 ФЗ ГСЭД, которая допускает производство судебной экспертизы вне государственных судебно-экспертных учреждений лицами, обладающими соответствующими специальными познаниями: «В соответствии с нормами процессуального законодательства Российской Федерации судебная экспертиза может проводиться вне государственных судебно-экспертных учреждений лицами, обладающими специальными познаниями в области науки, техники, искусства или ремесла, но не являющимися государственными судебными экспертами».

Статья 13 ФЗ ГСЭД определяет профессиональные и квалификационные требования, предъявляемые к эксперту. В государственных судебно-экспертных учреждениях должность эксперта может занимать гражданин РФ, имеющий высшее профессиональное образование (в данном случае — врач) и прошедший последующую подготовку по конкретной экспертной специальности (в данном случае — судебно-медицинский эксперт).

Подтверждением прохождения такой подготовки является сертификат специалиста судебно-медицинского эксперта. Уровень профессиональной подготовки экспертов определяется экспертно-квалификационными комиссиями (федеральными, региональными, межрегиональными).

Право заниматься экспертной деятельностью должно быть подтверждено каждые 5 лет переподготовкой в вузах последиplomного образования.

Поэтому ч. II п. 4 Медицинских критериев также допускает производство судебно-медицинской экспертизы врачом иной специальности (негосударственным судебно-медицинским экспертом) в порядке, установленном действующим законодательством.

Таким образом, право врача на производство экспертизы по определению степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, вне государственного экспертного учреждения также подтверждается сертификатом специалиста в области судебно-медицинской экспертизы или живых лиц, или трупов, либо по материалам дела. Следовательно, экспертиза по определению степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, может проводиться как в медицинском учреждении государственной системы здравоохранения государственными и негосударственными судебно-медицинскими экспертами, так и вне таких учреждений, но специалистами, имеющими сертификат на право заниматься такой деятельностью.

5. Под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психогенных факторов внешней среды.

Определение вреда, причиненного здоровью человека внешним воздействием, повторяет фундаментальное судебно-медицинское понятие

«повреждение (травма)», т. е. вред здоровью в контексте п. 5 Медицинских критериев является синонимом понятия повреждения как материального следствия какого-то внешнего травмирующего воздействия. Именно такое понимание вреда здоровью определяет суть судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести вреда здоровью, заключающуюся в необходимости изначально установить факт и степень нарушения анатомических структур и физиологических функций.

Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, всегда устанавливается по отношению к живому человеку: при производстве экспертизы и живого лица, и трупа, и по материалам дела. Поэтому при определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, эксперт решает единую задачу, устанавливая как характер нарушения анатомических структур, так и сущность и степень нарушения физиологических функций организма.

II. Медицинские критерии квалифицирующих признаков тяжести вреда здоровью

6. Медицинскими критериями квалифицирующих признаков в отношении тяжкого вреда здоровью являются:

6.1. Вред здоровью, опасный для жизни человека, который по своему характеру непосредственно создает угрозу для жизни, а также вред здоровью, вызвавший развитие угрожающего жизни состояния (далее — вред здоровью, опасный для жизни человека).

Медицинские критерии устанавливают две разновидности вреда, опасного для жизни человека: а) вред здоровью, непосредственно создающий угрозу жизни; б) вред здоровью, вызывающий развитие угрожающего жизни состояния.

Под вредом здоровью, непосредственно создающим угрозу жизни человека, понимаются такие повреждения (нарушения анатомических структур и физиологических функций), которые при обычном клиническом течении могут закономерно завершиться смертельным исходом, т. е. между повреждением и последовавшим смертельным исходом существует прямая причинно-следственная связь.

Угрожающее жизни состояние (применительно к оценке тяжести вреда здоровью) — это такое непосредственно вызванное повреждением расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и без применения специальных мер медицинской помощи закономерно заканчивается смертью.

Под обычным клиническим течением повреждения понимается один из типовых вариантов развития травматической болезни, не связанный с индивидуальными особенностями организма пострадавшего (наличие у него тяжелых сопутствующих соматических или инфекционных заболеваний, иммунной неполноценности, астенизации и т. п.).

Под непосредственной угрозой жизни понимается наличие прямой причинной связи между причиненным повреждением и смертью. О прямой причинной связи можно судить только в том случае, если без причинения повреждения (в условиях конкретно рассматриваемой ситуации) смерть наступить не могла.

Опасность для жизни создается в момент причинения повреждения или развития угрожающего жизни состояния, т. е. предотвращение в конкретном случае смертельного исхода медицинскими средствами не влияет на констатацию факта опасности для жизни.

Медицинские критерии содержат исчерпывающий перечень повреждений и угрожающих жизни состояний в виде конкретных нозологических единиц. Поэтому, если после специального диагностического судебно-медицинского исследования эксперт устанавливает нозологическую единицу, входящую в перечень вреда здоровью, создающего непосредственную угрозу жизни или вызывающего угрожающее жизни состояние, он тем самым определяет квалифицирующий признак — опасность для жизни.

Вред здоровью, опасный для жизни человека, создающий непосредственно угрозу для жизни:

6.1.1. рана головы (волосистой части, века и окологлазничной области, носа, уха, щеки и височно-нижнечелюстной области, других областей головы), проникающая в полость черепа, в том числе без повреждения головного мозга;

Решающим признаком является повреждение твердой мозговой оболочки, ограничивающей полость черепа. Повреждение твердой мозговой оболочки может быть установлено непосредственно во время ревизии раны, хирургической операции, при проведении специальных инструментальных исследований (например, магнитно-резонансной томографии — МРТ) и опосредованно при наличии специфических симптомов (ликворрея, выпадение в рану мозгового детрита и т. п.).

Рана может располагаться в любой области головы: и на волосистой части, и на лице. Рана может выражаться в нарушении целостности кожи, черепа и твердой мозговой оболочки. Рана может проникать в полость черепа через естественные наружные отверстия с повреждением костей и твердой мозговой оболочки (полость рта, носовые ходы, наружные слуховые проходы) или глазницу. Рана может проникать в полость черепа без повреждения костей черепа: через кожу и анатомическое отверстие в основании черепа (рваное, овальное, круглое и др.).

6.1.2. перелом свода (лобной, теменной костей) и (или) основания черепа: черепной ямки (передней, средней или задней), или затылочной кости, или верхней стенки глазницы, или решетчатой кости, или клиновидной кости,

или височной кости, за исключением изолированной трещины наружной костной пластинки свода черепа и переломов лицевых костей: носа, нижней стенки глазницы, слезной косточки, скуловой кости, верхней челюсти, альвеолярного отростка, небной кости, нижней челюсти;

Помимо лобной и теменной свод черепа образует затылочная, височная и клиновидная кости — их переломы также должны оцениваться как опасные для жизни.

Включаются как открытые, так и закрытые переломы свода или основания черепа. Факт перелома доказывается при его обнаружении во время ревизии раны или хирургической операции, или по результатам рентгенологического исследования. В эту группу включаются любые переломы внутренней костной пластинки, полные переломы с повреждением обеих костных пластинок, переломы линейные, оскольчатые, вдавленные, террасовидные, дырчатые, комбинированные. Исключения: единичная изолированная трещина наружной костной пластинки свода черепа, переломы лицевых костей (носовых косточек, носовых раковин, нижней стенки глазницы, слезной косточки, скуловой кости, верхней челюсти, альвеолярного отростка обеих челюстей, небной кости, нижней челюсти).

К опасным для жизни относятся переломы продырявленной пластинки и петушиного гребня решетчатой кости, участвующие в образовании основания черепа. Переломы остальных элементов решетчатой кости не оцениваются как опасные для жизни.

Переломы латеральной стенки глазницы в верхней части, образованной глазничной поверхностью большого крыла основной (клиновидной) кости, оценивается как вред здоровью, опасный для жизни. Перелом нижней части латеральной стенки глазницы, образованный глазничной поверхностью скуловой кости, не является опасным для жизни.

Перелом задних отделов медиальной поверхности глазницы, образованной фронтальной пластиной решетчатой кости и латеральной поверхностью основной кости, является опасным для жизни. Изолированный перелом слезной косточки не является опасным для жизни.

Переломы верхнего неба, образованного верхнечелюстными и небными костями, не являются опасными для жизни.

6.1.3. внутричерепная травма: разможнение вещества головного мозга; диффузное аксональное повреждение головного мозга; ушиб головного мозга тяжелой степени; травматическое внутримозговое или внутрижелудочковое кровоизлияние; ушиб головного мозга средней степени или травматическое эпидуральное, или субдуральное, или субарахноидальное кровоизлияние при наличии общемозговых, очаговых и стволовых симптомов;

Травматическое разможнение вещества головного мозга проявляется в поверхностном (иногда в более глубоком) разрушении коры головного мозга, что диагностируется при непосредственном осмотре мозга во время хирургической операции или аутопсии, при изучении компьютерных

томограмм (КТ) или МРТ, очаговых бессосудистых участков коры на ангиограммах головного мозга.

Диффузное аксональное повреждение головного мозга доказывается специальным гистологическим исследованием (например, при необходимости определить тяжесть вреда здоровью при исследовании трупа), на компьютерных томограммах при обнаружении мелкоочаговых кровоизлияний в семиовальных ядрах с обеих сторон, в стволовых и перивентрикулярных зонах, в мозолистом теле на фоне общего диффузного отека.

Ушиб головного мозга устанавливается клинически: в остром периоде происходит быстрое развитие тяжелого или очень тяжелого состояния; отмечаются продолжительная потеря сознания — от нескольких часов до суток и недель; симптомы первичного поражения стволового отдела мозга с нарушением жизненно важных функций организма; совокупность неврологических симптомов — плавающие движения глазных яблок, парез зрения, спонтанный тонический множественный нистагм, мидриаз или миоз, изменение формы зрачка, утрата реакции зрачков на свет, корнеальных и бульбарных рефлексов, дивергенция глаз по вертикальной или горизонтальной оси, меняющийся мышечный тонус, угнетение или возбуждение сухожильных рефлексов, патологические рефлексы; нарушения глотания, отсутствие брюшных рефлексов, паралич, афазия, менингеальные симптомы; возможны судорожные припадки; обратное развитие неврологической симптоматики происходит медленно, с сохранением грубых изменений со стороны психической и двигательной сфер, инструментально выявляются очаги атрофии и скопления кист в коре.

После возвращения сознания сохраняются дезориентированность, оглушенность, патологическая сонливость, сменяемая двигательным или речевым возбуждением, ретро- и (или) антероградная амнезия, нарушения сердечной деятельности, дыхания, терморегуляции и метаболизма.

Инструментальные подтверждения ушиба головного мозга тяжелой степени: на ЭЭГ — нарушения регулярности α -ритма, сочетание этого нарушения с 8- и θ -активностью в виде «ствольных вспышек»; на РЭГ — атония мозговых кровеносных сосудов; на ЭхоЭГ — стойкое смещение средних структур и дополнительные импульсы; на АГ — очаговые бессосудистые зоны; на КТ — очаговое повышение плотности коры.

Помимо сдавления, дислокации и отека головного мозга симптоматика внутримозговых (в белом веществе) гематом зависит от локализации объемного процесса. Как правило, травматические внутримозговые гематомы сочетаются с контузионными очагами поражения коры и внутрижелудочковыми кровоизлияниями. В этом случае отнесение повреждений к опасным для жизни основывается на факте обнаружения очаговых ушибов коры и кровоизлияний в желудочки головного мозга.

Кровоизлияние в желудочки головного мозга приводит к нарушениям функции дисэнцефальных и мезэнцефальных структур стволового отдела мозга: глубокое угнетение сознания, тахипноэ, повышение артериального давления, повышение температуры тела, гипергидроз, глазодвигательные нарушения, менингеальный синдром. Непосредственное доказательство

факта внутрижелудочкового кровоизлияния возможно при получении крови при пункции желудочков, при компьютерной томографии и ЯМР-томографии.

Решающим аргументом при отнесении ушибов головного мозга средней степени, эпи-, субдуральных и субарахноидальных кровоизлияний к опасным для жизни является наличие общемозговых, очаговых и стволовых симптомов. Таким образом, изначально клинически, оперативно или инструментально должно быть доказано наличие у пострадавшего (хотя бы одного из перечисленных) внутричерепных кровоизлияний, а затем его сочетание с совокупностью общемозговых, очаговых и стволовых симптомов. Общемозговые симптомы: угнетение или утрата сознания, нарастающая головная боль, повторная рвота, психомоторное возбуждение и др. Очаговые симптомы: появление моно- или гемипареза, односторонний мидриаз, нарушение чувствительности, анизокория, контралатеральный гемипарез и др. Стволовые симптомы: нарастающая брадикардия, повышение артериального давления, ограничение взора вверх, тонический спонтанный нистагм, двусторонние патологические рефлексy и др.

Диагностика вида и степени поражения головного мозга должна осуществляться комиссионно с участием нейрохирурга или невролога.

6.1.4. рана шеи, проникающая в просвет глотки, или гортани, или шейного отдела трахеи, или шейного отдела пищевода; ранение щитовидной железы;

В подавляющем большинстве случаев ран шеи, проникающая в просвет глотки, или гортани, или трахеи, или пищевода, или с повреждением щитовидной железы возникает в результате действия колющих, режущих, колюще-режущих, рубящих предметов, осколочных, пулевых и др. снарядных поражений. Такие ранения в обязательном порядке подлежат хирургическому лечению, поэтому доказательство факта одного из перечисленных вариантов ранения шеи достигается в ходе оперативного вмешательства обнаружением сквозного повреждения стенки гортани, или глотки, или трахеи, или пищевода, либо повреждения щитовидной железы.

6.1.5. перелом хрящей гортани: щитовидного или перстневидного, или черпаловидного, или надгортанного, или рожжовидного, или трахеальных хрящей;

Перелом щитовидного, или перстневидного, или черпаловидного, или надгортанного, или рожжовидного хряща, или трахеальных хрящей диагностируется рентгенологически. Для отнесения таких переломов к опасным для жизни достаточно установить единичный перелом любого из

перечисленных хрящей, независимо от того, является ли перелом открытым или закрытым.

6.1.6. перелом шейного отдела позвоночника: перелом тела или двусторонний перелом дуги шейного позвонка, или перелом зуба II шейного позвонка, или односторонний перелом дуги I или II шейных позвонков, или множественные переломы шейных позвонков, в том числе без нарушения функции спинного мозга;

Перелом тела или двусторонний перелом дуги любого шейного позвонка является опасным как создающий непосредственную угрозу для жизни. Первый шейный позвонок представляет собой неправильное кольцо, образованное передней и задней дугами. Поэтому любой, даже односторонний, перелом передней или задней дуги первого шейного позвонка должен расцениваться как опасный для жизни. Переломы реберно-поперечного, реберного и поперечного отростков первого шейного позвонка не относятся к опасным для жизни.

Перелом зуба или дуги второго шейного позвонка также создает непосредственную угрозу для жизни. Причем достаточно единичного перелома дуги второго шейного позвонка.

К опасным для жизни относятся двусторонние переломы дуги любого шейного позвонка или множественные (два и более) переломы шейных позвонков независимо от локализации переломов.

Не относится к опасным для жизни единичный перелом (переломы) остистого и (или) поперечных отростков одного шейного позвонка.

Доказывается наличие перелома шейных позвонков рентгенологически или в ходе хирургического пособия.

6.1.7. вывих одного или нескольких шейных позвонков; травматический разрыв межпозвоночного диска на уровне шейного отдела позвоночника со сдавлением спинного мозга;

Для отнесения к опасному для жизни достаточно установить вывих одного из шейных позвонков независимо от наличия или отсутствия симптомов травматизации спинного мозга.

Подвывих позвонка должен рассматриваться как вариант вывиха позвонка.

Травматический разрыв одного из межпозвоночных дисков на уровне шейного отдела позвоночника расценивается как опасный для жизни только в сочетании со сдавлением шейного отдела спинного мозга. Разрыв межпозвоночного диска доказывается традиционной рентгенографией, КТ и МРТ. Сдавление спинного мозга определяется совокупностью неврологических симптомов: расстройство спи-нального кровообращения, возникающее вслед за травмой нарушение проводимости ниже уровня сдавления, вялый парез или паралич мышц с арефлексией и сегментальные расстройства ниже уровня поражения, нарушение сердечной деятельности, дыхания и функции тазовых органов. Диагноз сдавления ставится после детального неврологического обследования, люмбальной пункции,

спондилографии, миелографии. Установление факта сдавления спинного мозга и оценка тяжести вреда здоровью проводятся с обязательным участием невролога или нейрохирурга.

6.1.8. ушиб шейного отдела спинного мозга с нарушением его функции;

Ушиб шейного отдела спинного мозга морфологически проявляется внутримозговым кровоизлиянием или размождением его ткани. Симптоматика определяется неврологическими нарушениями ниже уровня поражения: потеря чувствительности, парезы или параличи мышц, арефлексия ниже уровня поражения, нарушения функции дыхания, сердечной деятельности и функции тазовых органов. Диагностике помогают исследования ликвора, спондилография, миелография.

Экспертиза тяжести вреда здоровью проводится с обязательным участием невролога или нейрохирурга.

6.1.9. рана грудной клетки, проникающая в плевральную полость, или в полость перикарда, или в клетчатку средостения, в том числе без повреждения внутренних органов;

Раны грудной клетки, проникающие в плевральную полость, или в полость перикарда, или в клетчатку средостения подлежат обязательному хирургическому лечению. В ходе первичной хирургической обработки производится ревизия раневого канала, устанавливается направление раневого канала, факт наличия или отсутствия повреждения пристеночной плевры или сердечной сорочки, глубина проникновения раневого канала в средостение. Если ранение проникает в плевральную полость или полость перикарда, то такое повреждение оценивается как опасное для жизни даже при сохранении целостности легких и (или) сердца. Факт проникновения ранения в плевральную полость подтверждается наличием признаков подкожной эмфиземы, а также пневмотораксом или гемопневмотораксом, выявляемыми рентгенологически или при пункции полости плевры.

6.1.10. закрытое повреждение (разможнение, отрыв, разрыв) органов грудной полости: сердца или легкого, или бронхов, или грудного отдела трахеи; травматический гемоперикард, или пневмоторакс, или гемоторакс, или гемопневмоторакс; диафрагмы, или лимфатического грудного протока, или вилочковой железы;

Травматические отрывы сердца, легкого или трахеи, как правило, завершаются смертельным исходом и при экспертизе живых лиц не

встречаются. Ушиб и сотрясение сердца оцениваются в зависимости от наличия или отсутствия угрожающего жизни состояния.

Изолированные травматические отрывы бронхов практически не образуются. Обычно они сочетаются с разрывом легочной ткани и обширными кровоизлияниями в ткань легкого, которые диагностируются по легочному кровотечению, гемопневмотораксу, эндобронхиальному кровотечению и аспирации крови.

Характерные признаки закрытого разрыва трахеи или бронха: -расстройство внешнего дыхания, пневмоторакс, эмфизема средостения, подкожная эмфизема, гемоторакс и кровохарканье. Инструментальная диагностика—рентгеноскопия, бронхоскопия, бронхография, рентгенография. Как правило, требуется хирургическое вмешательство, в ходе которого характер травмы трахеи или бронха уточняется.

Травматический гемоперикард, или пневмоторакс, или гемопневмоторакс устанавливаются клинически, рентгенологически, а также получением воздуха и крови при пункции плевральной полости или только крови при пункции полости перикарда. Объективной диагностике содействуют также торакоскопия, ультразвуковое исследование, КТ и МРТ.

О разрывах сердца судят по состоянию пострадавшего: растерянный вид, бледность, холодный пот, остекленевший взгляд, обморочное или полубморочное сознание, признаки темпонады сердца (снижение систолического давления на вдохе на 15 мм рт. ст., ослабление пульса на вдохе, быстрое и значительное повышение центрального венозного давления, резкое ослабление сердечных тонов, «отсутствие» пульсаций тени сердца при рентгеноскопии, наличие полосы воздуха и горизонтальный уровень жидкости между тенью сердца и перикарда (гемопневмоперикард), изменения ЭКГ). Прямым подтверждением гемоперикарда является получение крови при пункции полости перикарда.

Разрыв диафрагмы диагностируется по совокупности клинических и рентгенологических симптомов.

Грудной лимфатический проток начинается на уровне второго поясничного позвонка, проходит вдоль позвоночника на передней поверхности тел позвонков позади аорты до седьмого шейного позвонка, поворачивает вперед и влево и впадает в левый венозный угол, образуемый слиянием внутренней яремной и левой подключичной вен. Опасным для жизни является повреждение лимфатического грудного протока на участке грудной клетки, т. е. от входа аорты в грудную полость через диафрагму и до впадения в венозный угол. Повреждения грудного протока могут быть в виде полного разрыва стенки и его полного перерыва. Закрытое повреждение лимфатического грудного протока обычно сочетается с переломами тел грудных позвонков, поэтому при подозрении на разрыв (или перерыв) грудного протока должен детально рентгенологически обследоваться грудной отдел позвоночника.

Повреждения вилочковой железы возможно выявить лишь у подростков, пока не произошло обратное развитие этой железы.

6.1.11. множественные двусторонние переломы ребер с нарушением анатомической целостности каркаса грудной клетки или множественные односторонние переломы ребер по двум и более анатомическим линиям с образованием подвижного участка грудной стенки по типу «реберного клапана»;

Множественные двусторонние переломы ребер предполагают наличие переломов не менее двух левых и не менее двух правых ребер. Анатомически целостность каркаса грудной клетки выражается его неповрежденностью. Поэтому для отнесения переломов ребер к опасным для жизни достаточно установить наличие не менее чем по два травмированных ребра с каждой стороны, при этом нарушение анатомической целостности каркаса грудной клетки происходит бесспорно.

Второй вариант предусматривает множественные (два и более) односторонние переломы ребер по двум и более анатомическим линиям в сочетании с образованием подвижного участка грудной стенки по типу «реберного клапана». Отличительная особенность этого варианта заключается в том, что «реберный клапан» образуется в том случае, если повреждаются два и более смежных ребра, причем каждое из них повреждается не менее чем по двум анатомическим линиям. В этом случае при вдохе поврежденная часть грудной клетки втягивается, а при выдохе — выбухает. Это приводит к нарастающей дыхательной недостаточности и создает угрозу жизни человека.

6.1.12. перелом грудного отдела позвоночника: перелом тела или дуги одного либо нескольких грудных позвонков с нарушением функции спинного мозга;

Признак представляет собой сочетание перелома тела или дуги грудного позвонка с нарушением функции спинного мозга (исключение составляют переломы поперечных и остистого отростков позвонка). Согласно этому признаку достаточно лишь перелома одного грудного позвонка. Все остальные переломы двух и более грудных позвонков оцениваются как тяжкие при их сочетании с нарушением функции спинного мозга.

Признак не оговаривает степень нарушения функции спинного мозга: «спинальный шок» или «симптомы раздражения» спинного мозга. «Спинальный шок» характеризуется тетра- или параплегией, арефлексией, анестезией по проводниковому типу, приапизмом, нарушением функции тазовых органов и вегетативной функции (потоотделения, гемодинамики, кожной температуры, пиломоторных рефлексов и т. д.).

«Симптомы раздражения» спинного мозга: «ломота в костях», пароксизмальный характер болей (кратковременные или многодневные болевые приступы), гипестезия или анестезия, тактильная парестезия (онемение, одеревенелость, «ползание мурашек», «протекание электрического тока»), спастический синдром, защитные рефлекс в форме двигательных синергии, нарушение мочеиспускания и др.

6.1.13. вывих грудного позвонка; травматический разрыв межпозвоночного диска в грудном отделе со сдавлением спинного мозга;

Повреждение является опасным для жизни при наличии только вывиха грудного позвонка или только разрыва межпозвонкового диска в сочетании со сдавлением грудного отдела спинного мозга. Симптоматика сдавления спинного мозга совпадает с неврологическими признаками «спинального шока», который достигает наибольшей выраженности в момент травмы из-за изменения конфигурации позвоночного канала при смещении (вывихе) позвонка либо при выпадении в позвоночный канал травмированного межпозвонкового диска. Можно выделить переднее, заднее и боковое сдавление спинного мозга и их сочетания.

Помимо неврологической симптоматики резкое изменение конфигурации позвоночного канала доказывается рентгенологически, КТ или МРТ.

6.1.14. ушиб грудного отдела спинного мозга с нарушением его функции;

Ушиб спинного мозга (гематомиелия) диагностируется по совокупности следующих симптомов, свидетельствующих о нарушении его функции: параличи и парезы с гипотонией мышц, арефлексия, расстройство чувствительности (болевой, глубокой и температурной при сохранении тактильной), расстройство функции тазовых органов, кровь в ликворе. Морфологически ушиб спинного мозга может проявляться подболобочечными и внутримозговыми кровоизлияниями, от объема и повторности которых зависит тяжесть состояния пострадавшего.

6.1.15. рана живота, проникающая в брюшную полость, в том числе без повреждения внутренних органов;

Проникающие в полость брюшины раны возникают от действия острых предметов (чаще всего колющих и колюще-режущих), огнестрельных снарядов (пуль, дроби, картечи и др.), осколков взрывных устройств и т. д. Проникающие в полость брюшины раны живота являются прямым показанием к оперативному вмешательству, в ходе которого и выявляется факт нарушения целостности пристеночной брюшины, что и является доказательством проникающего характера ранения. Если диагноз проникающего в полость брюшины ранения своевременно не был поставлен, то в раннем периоде косвенным признаком проникающего в брюшную полость ранения может быть ограниченный или разлитой перитонит.

Для доказательства проникающего характера ранения применяется специальная методика — вульнерография — контрастирование раневого канала. Водорастворимый контраст (10 мл) вводят непосредственно в раневой канал и выполняют рентгенографию в двух проекциях: попадание контраста в полость брюшины свидетельствует о проникающем характере ранения, а наличие контраста только в подкожной жировой клетчатке и мышечной ткани — о сохранении целостности пристеночной брюшины.

6.1.16. закрытое повреждение (размозжение, отрыв, разрыв) органов брюшной полости: селезенки или печени, или (и) желчного пузыря, или поджелудочной железы, или желудка, или тонкой кишки, или ободочной кишки, или прямой кишки, или большого сальника, или брыжейки толстой и (или) тонкой кишки, органов забрюшинного пространства (почки, надпочечника, мочеточника);

Этот пункт предусматривает три вида повреждений: разможнение, отрыв и разрыв ткани полого или паренхиматозного органа живота или забрюшинного пространства. Каждое из этих повреждений сопровождается кровоизлиянием в окружающие повреждения ткани. Само по себе кровоизлияние в ткань органа может быть лишь проявлением одного из трех вышеприведенных видов повреждений, но само по себе формально не является повреждением, предусмотренным п. 6.1.16. Поэтому обнаружение кровоизлияния является обстоятельством, диктующим необходимость определить его происхождение: разможнение, отрыв, разрыв.

Надрыв ткани паренхиматозного органа — степень разрыва его ткани — должен рассматриваться как тяжкий вред здоровью. Разрыв стенки полого органа — это сквозное нарушение целостности всех слоев, образующих его стенку.

Заподозрить повреждение внутреннего органа живота позволяют синдромы внутреннего кровотечения или перитонита или их сочетание.

Общие симптомы: сильные боли по всему животу с наибольшей выраженностью в области поврежденного органа, тошнота, рвота, защитное мышечное напряжение передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины, при перкуссии «исчезновение» печеночной тупости, появление притупления в отлогих местах живота, подкожная эмфизема, при кровопотере — бледность кожных покровов и слизистых оболочек, учащение пульса, падение артериального давления, вынужденная поза (при изменении позы пострадавший вновь принимает изначальную позу, причиняющую ему наименьшие страдания, например коленно-локтевое положение при повреждении поджелудочной железы или на корточках при внутрибрюшинном разрыве прямой кишки). При повреждении желудка или 12-перстной кишки наблюдается кровь в рвотных массах, при повреждении прямой кишки — кровь в каловых массах, кровь в моче может свидетельствовать о повреждении почек, прекращение мочеиспускания — о разрыве мочевого пузыря.

Эти и другие признаки позволяют лишь заподозрить повреждение внутреннего органа. Доказательство достигается применением инструментальных методов: рентгенографии живота, ультразвукового исследования, лапароскопии, лапароцентеза с использованием поискового катетера или перитонеоскопии.

6.1.17. рана нижней части спины и (или) таза, проникающая в забрюшинное пространство с повреждением органов забрюшинного пространства: почки, или надпочечника, или мочеточника, или поджелудочной железы, или нисходящей и (или) горизонтальной части двенадцатиперстной кишки, или восходящей и нисходящей ободочной кишки;

Основным квалифицирующим признаком является повреждение одного или нескольких органов, перечисленных в п. 4.6.1.17.

Раны нижней части спины и (или) таза, предусмотренные п. 6.1.17, представляют собой раневой канал, проникающий в забрюшинное пространство с обязательным повреждением какого-либо органа: почки, или надпочечника, или мочеточника, или поджелудочной железы, или нисходящей либо горизонтальной части 12-перстной кишки, или нисходящей

ободочной кишки. Такие повреждения возникают в основном от действия острых предметов, осколков и огнестрельных снарядов. Указанные в п. 6.1.17 ранения являются прямым показанием к хирургическому вмешательству, в ходе которого выявляются реальный объем и характер ранения, объем и характер повреждения каждого органа.

6.1.18. перелом пояснично-крестцового отдела позвоночника: тела, или дуги одного либо нескольких поясничных и (или) крестцовых позвонков с синдромом «конского хвоста»;

6.1.19. вывих поясничного позвонка; травматический разрыв межпозвонкового диска в поясничном, пояснично-крестцовом отделе с синдромом «конского хвоста»;

6.1.20. ушиб поясничного отдела спинного мозга с синдромом «конского хвоста»;

Опасным для жизни является вывих поясничного позвонка.

Ведущим признаком для отнесения других повреждений, приведенных в п. 6.1.18, 6.1.19 и 6.1.20, к опасным для жизни является наличие синдрома «конского хвоста», который проявляется параплегией, расстройством чувствительности от паховой складки, нарушением функции тазовых органов (в остром периоде — задержка мочеиспускания), нарушением двигательной функции в нижних конечностях с последующей гипо- и атрофией мышц.

Переломы тела или дуги поясничного позвонка, его вывих, травматический разрыв межпозвонкового диска и их последствия диагностируются на прямой и боковой спондилограммах, КТ и МРТ, с помощью перидурографии или дискографии, ликвородинамических проб, миелографии, введением воздуха в субарахноидальное пространство, ангиографией, эндоскопией, лумбальной пункцией.

6.1.21. повреждение (размозжение, отрыв, разрыв) тазовых органов: открытое и (или) закрытое повреждение мочевого пузыря, или перепончатой части мочеиспускательного канала, или яичника, или маточной (фаллопиевой) трубы, или матки, или других тазовых органов (предстательной железы, семенных пузырьков, семявыносящего протока);

Общие симптомы травмы тазовых органов: разлитые боли по всему животу, наиболее сильные в его нижних отделах, признаки внутреннего кровотечения, симптомы перитонита, шок, коллапс, тошнота, рвота и др.

Признаки повреждения мочевого пузыря: боль в надлобковой области, иррадиирующая в промежность, половой член, прямую кишку; напряжение мышц в надпаховой области, кровь в моче; задержка мочи при частых позывах на мочеиспускание; ложная «кровавая» анурия; болезненность при ощупывании паховых областей и промежности. Истечение мочи в полость брюшины из разрыва мочевого пузыря приводит к развитию перитонита. При внебрюшинных разрывах стенки мочевого пузыря моча истекает в околопузырную клетчатку с образованием мочевых затеков и развитием гнойного воспаления клетчатки. Диагноз подтверждается цистоскопией,

восходящей цистографией, лапароцентезом и лапароскопией, ультразвуковым исследованием, КТ.

Основные симптомы поражения уретры: нарушение мочеиспускания, кровь в моче, гематома мошонки и (или) промежности, боль при мочеиспускании, безрезультатные позывы на мочеиспускание, пропитывание мочой окружающей клетчатки с образованием мочевого затока, а в дальнейшем — гнойного воспаления клетчатки. Диагноз подтверждается уретроскопией, контрастной уретрографией с помощью катетера Фолея, КТ.

Основные признаки разрыва матки: боль в животе, резкая болезненность при ощупывании матки, симптомы раздражения брюшины, симптомы внутреннего кровотечения (общая слабость, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, холодный пот, беспокойство, тахикардия, ослабление тонов сердца, снижение артериального давления и др.). Разрывы беременной матки могут приводить к прерыванию беременности или гибели плода. Повреждение яичников и маточных труб сопровождается вышеперечисленными признаками, хотя и выраженными в несколько меньшей степени. Окончательный диагноз ставится после специального гинекологического обследования, лапароскопии, ультразвукового исследования и КТ.

6.1.22. рана стенки влагалища, или прямой кишки, или промежности, проникающая в полость и (или) клетчатку малого таза;

Решающим для отнесения повреждения к п. 6.1.22 является нарушение целостности всей стенки влагалища или прямой кишки, или промежности в сочетании с нарушением целостности пристеночной брюшины полости малого таза и (или) проникновением раны в клетчатку малого таза (при сохранении целостности брюшины).

Раны стенки влагалища сопровождаются влагалищным и внутренним кровотечением. Гематома может распространяться на наружные половые органы и в клетчатку малого таза. Нарастающая гематома вызывает распирающую боль. Окончательная диагностика достигается специальным вагинальным или ректовагинальным обследованием.

Раны прямой кишки проявляются ректальным кровотечением, быстро развивающимся парапроктитом и перитонитом.

Раны влагалища, прямой кишки и промежности, проникающие в полость малого таза, являются прямым показанием к ревизии раневого канала и оперативному вмешательству, в ходе которого устанавливается повреждение пристеночной брюшины и проникновение ранения в нижний этаж полости брюшины — в полость малого таза, что, в конечном итоге, и создает непосредственную угрозу для жизни, являясь вредом здоровью, опасным для жизни человека.

6.1.23. двусторонние переломы переднего тазового полукольца с нарушением его непрерывности: переломы обеих лобковых и обеих седалищных костей типа «бабочки»; переломы костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца в заднем отделе: вертикальные переломы крестца, подвздошной кости, изолированные разрывы крестцово-

подвздошного сочленения; переломы костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца в переднем и заднем отделах: односторонние и двусторонние вертикальные переломы переднего и заднего отделов таза на одной стороне (перелом Мальгенья); диагональные переломы — вертикальные переломы в переднем и заднем отделах на противоположных сторонах (перелом Воллуме); различные сочетания переломов костей и разрывов сочленений таза в переднем и заднем отделах.

К опасному для жизни вреду здоровью, создающему непосредственную угрозу жизни, относят любые переломы, нарушающие непрерывность тазового кольца. К п. 6.1.23 не относятся изолированные горизонтальные, косогоризонтальные переломы подвздошных костей, изолированные переломы одной из ветвей лобковых или седалищных костей.

Общие клинические симптомы переломов тазового кольца: пассивное положение пострадавшего, резкие боли в тазовом кольце при попытках движения ногами, асимметрия таза, ненормальная подвижность и крепитация осколков в области переломов, «укорочение» ног, асимметрия ягодичных складок, симптом Волковича (усиление болей в области таза при попытке ротации согнутых в коленях ног), симптом Маркса (усиление болей в местах переломов при нагрузках на тазовое кольцо в сагиттальном и фронтальном направлениях, вертикальном направлении от бугра седалищной кости к гребню подвздошной кости). Выявляют переломы таза рентгенографией, КТ.

6.1.24. рана, проникающая в позвоночный канал шейного, или грудного, или поясничного, или крестцового отдела позвоночника, в том числе без повреждения спинного мозга и «конского хвоста»;

Проникновение колотой, колото-резаной, пулевой, осколочной и т. п. раны в позвоночный канал происходит только в том случае, если повреждающий предмет нарушает целостность твердой мозговой оболочки. Непосредственную угрозу жизни создает само проникновение ранения в позвоночный канал, независимо от прямого травмирования спинного мозга. Доказательством ранения, проникающего в позвоночный канал, могут быть результаты инструментальных исследований (рентгенографии, КТ, МРТ и миелографии), а также факт повреждения твердой мозговой оболочки, выявляемый при хирургической ревизии раневого канала.

6.1.25. открытое или закрытое повреждение спинного мозга: полный или неполный перерыв спинного мозга; разможнение спинного мозга;

При повреждении спинного мозга развивается синдром его перерыва: тетра- или параплегия с низким тонусом, арефлексией, анестезией по проводниковому типу, приапизмом, нарушением функции тазовых органов и вегетативных функций («спинальный шок»). Эти изменения могут быть обратимы в течение нескольких недель или месяцев. При необратимости изменений говорят о полном перерыве спинного мозга. Морфологически проявлением перерыва спинного мозга является его разможнение, гематомиелия, локальный поперечный некроз. Доказательства перерыва спинного мозга получают при неврологическом обследовании, рентгенографии, КТ, МРТ, миелографии, люмбальной пункции.

6.1.26. повреждение (разрыв, отрыв, рассечение, травматическая аневризма, артериовенозный свищ) крупных кровеносных сосудов: аорты или сонной артерии (общей, наружной, внутренней), или подключичной, или подмышечной, или плечевой, или подвздошной (общей, наружной, внутренней), или бедренной, или подколенной артерий и (или) сопровождающих их магистральных вен;

Общая клиническая диагностика повреждений крупных кровеносных сосудов основывается на факте сильного кровотечения непосредственно после ранения, признаках общей значительной кровопотери (жажда, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, ослабление пульса, падение артериального давления, одышка, тахикардия, иногда потеря сознания), расположении раневого канала в проекции топографии крупных кровеносных сосудов, «фулярной» гематоме по ходу кровеносного сосуда, ишемических болей в раненой конечности, ишемической контрактуре. Характер повреждения кровеносного сосуда (разрыв, отрыв, рассечение) устанавливается при хирургической ревизии зоны повреждения.

Для доказательства травматического происхождения аневризма должен быть доказан факт повреждения хотя бы одного из слоев сосудистой стенки (например, интимы) и исключения патологических изменений в зоне повреждения кровеносного сосуда. Повреждение интимы может привести к травматической окклюзии сосуда и прекращению кровообращения в его бассейне— такие повреждения оцениваются как опасные для жизни.

6.1.27. тупая травма рефлексогенной зоны: области гортани; области каротидных синусов; области солнечного сплетения; области наружных половых органов при наличии клинических и морфологических данных;

Для отнесения повреждения к опасному для жизни по п.6.1.27 достаточно травмирования хотя бы одной из рефлексогенных зон.

Доказательство тупой травмы рефлексогенной зоны строится на совокупной оценке: а) событий, предшествовавших травме; б) наличия наружных повреждений в проекции рефлексогенных зон; в) клинической картины, зафиксированной непосредственно после травмы.

Травматическому воздействию, как правило, предшествует длительный или кратковременный конфликт, в ходе которого пострадавший испытывает эмоциональное перевозбуждение.

О факте такого воздействия на рефлексогенную зону судят по наличию в проекции хотя бы одной из этих зон (области гортани, синокаротидной зоны, солнечного сплетения, мошонки) наружных повреждений — ссадин, кровоподтеков, подкожных гематом. Однако особенности анатомического строения (например, податливость передней брюшной стенки) и длительное время от момента травмы до судебно-медицинского обследования пострадавшего могут быть причиной необнаружения наружных повреждений. Хотя «скрытые» подкожные кровоизлияния могут быть выявлены тепловизионными методами.

Клинически фиксируемое расстройство здоровья наступает немедленно после травмы: пострадавший останавливается («столбенеет»), руки опускаются,

ноги подгибаются в коленных суставах, тело «обмякает», возможно падение плашмя или навзничь. Иногда наблюдаются кратковременные (5-10 секунд) координированные движения (несколько шагов, вялое сопротивление нападающему и т. п.), почти одновременно с этим развивается синдром коллапса: крайняя мышечная слабость, чувство холода и жажды, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, сменяющаяся различной синюшностью всего тела, вены западают, тоны сердца типа «тиканья часов» или эмбриокардии, тахикардия (реже — брадикардия), пульс нитевидный, падение артериального и венозного давления, дыхание частое и поверхностное, иногда с хрипами или «бульканьем», дыхательные движения частые (тахипноэ), неравномерные по ритму и разные по глубине, выделение пены изо рта, сознание утрачивается, зрачки расширяются, двигательное возбуждение и тонические судороги, непроизвольные физиологические акты. Такое состояние, без оказания реанимационных пособий, нередко заканчивается смертью.

6.1.28. термические или химические, или электрические, или лучевые ожоги III-IV степени, превышающие 10% поверхности тела; ожоги III степени, превышающие 15% поверхности тела; ожоги II степени, превышающие 20% поверхности тела; ожоги меньшей площади, сопровождавшиеся развитием ожоговой болезни; ожоги дыхательных путей с явлениями отека и сужением голосовой щели;

Для отнесения ожогов к категории непосредственно угрожающих жизни необходимо установить: а) глубину ожогов и б) их площадь. Полноценная диагностика требует и определения происхождения ожогов: термические, химические, электрические, лучевые.

По глубине различают следующие степени ожогов:

I степень — поражение только эпидермиса, покраснение и отек кожи, жгучая боль;

II степень — глубокое поражение кожи с сохранением сосочкового слоя; эпидермис отслоен с образованием пузырей, наполненных прозрачной жидкостью, гиперемия кожи, участки гиперемии бледнеют при надавливании, что свидетельствует о сохранении кровообращения;

III-а степень — частичный некроз кожи с поражением верхушек сосочкового слоя с сохранением волосяных луковиц, потовых и сальных желез; часть пузырей заполнена мутноватой геморрагической жидкостью, другая часть пузырей вскрыта, дно суховатое желтовато-бурое, сохранившиеся волосы выдергиваются безболезненно;

III-б степень — полный некроз эпидермиса, дермы и частично подкожной клетчатки; ожоговая поверхность бурая или темно-бурая, сухая; ожоговая поверхность углублена по отношению к непораженной коже или ожоговым поверхностям I—II степени;

IV степень — некроз кожи, подкожной клетчатки, мышц, сухожилий, суставов, костей; ожоговая поверхность черно-бурая, обнажены мышцы, сухожилия, кости.

Глубокими считают ожоги III —IV степени.

Площадь ожоговой поверхности определяется по «площади ладони», условно равной 1% поверхности тела, и по «правилу девяток»: поверхность головы и шеи — 9%, передней поверхности туловища — $9 \times 2 = 18\%$, задней поверхности туловища — $2 \times 9 = 18\%$, поверхности бедра — $2 \times 9 = 18\%$, голени со стопой — 9%, промежности — 1%.

Ожоговая болезнь представляет собой совокупность нарушений функций различных органов и систем, вызванных ожогами и отличающихся развитием четырех последовательно сменяющих друг друга периодов: ожогового шока, ожоговой токсемии, ожоговой септико-токсемии и реконвалесценции. Ожоговый шок III —IV степени и ожоговый сепсис следует относить к угрожающим жизни состояниям. Течение ожоговой болезни характеризуется закономерным развитием таких осложнений, как пневмония, сепсис, бактериальный шок, ожоговое истощение, острые (стрессовые) язвы желудочно-кишечного тракта с кровотечением или перфорацией стенки желудка или кишки, острый бескаменный холецистит, тромбоз брыжеечных сосудов, нефролитиаз.

Ожоги дыхательных путей диагностируются по клиническим проявлениям (отек голосовых связок и слизистой оболочки гортани и трахеи, затруднение внешнего дыхания, кашель, выделение мокроты с примесью черных частиц копоти и др.) и инструментально — путем ЛОР-обследования гортани, трахеоскопии.

6.1.29. отморожения III-IV степени с площадью поражения, превышающей 10% поверхности тела; отморожения III степени более 15% поверхности тела; отморожения II степени свыше 20% поверхности тела;

По глубине различаются следующие степени отморожения:

I степень — расстройство внутрикожного кровообращения и иннервации без некроза кожи: кожа багрово-красная или синяя, отечная, «мраморного» вида; эти явления проходят через 3-7 дней;

II степень — некроз эпидермиса до базального слоя; пузыри с прозрачным содержимым на багрово-синюшной коже, дно пузырей розовое, болезненное; полное заживление через 2-3 недели;

III степень — некроз всей толщи кожи и частично подкожной клетчатки; пузыри с темным геморрагическим содержимым, дно их сине-багровое, нечувствительное; заживление рубцами;

IV степень — некроз кожи, подкожной клетчатки, мышц, костей, развивается влажная гангрена с гнойными осложнениями, сухая гангрена с патологической ампутацией пораженных частей (чаще всего периферических образований: фаланг, пальцев, стоп и т. д.).

Площадь отморожений измеряется так же, как и площадь ожоговых поверхностей.

6.1.30. лучевые поражения, проявляющиеся острой лучевой болезнью тяжелой или крайне тяжелой степени.

В клиническом течении острой лучевой болезни различают первичную реакцию, латентную фазу и период выраженных клинических симптомов.

Первичная реакция (от нескольких минут до 3-4 суток): тошнота, рвота, тяжесть в голове, резкая мышечная слабость, сонливость,

умеренные изменения клеточного состава и биохимических свойств крови.

Латентная стадия (до 2-4 недель): выпадение волос, общие неврологические нарушения, уменьшение клеточных элементов крови, угнетение кроветворения.

Период выраженных клинических симптомов: резкое ухудшение общего состояния, множественные внутрикожные и подслизистые кровоизлияния, анемия, массивное внутреннее кровоизлияние, инфекционные осложнения.

Тяжелой степенью лучевого поражения является переход лучевой болезни в латентную стадию или период выраженных клинических симптомов.

6.2. Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью (далее - угрожающее жизни состояние):

Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызывающий развитие угрожающего жизни состояния, содержит исчерпывающий перечень.

6.2.1. шок тяжелой (III-IV) степени;

Критерии III степени шока: систолическое давление 50-70 мм рт. ст., индекс Альговера (отношение частоты пульса к величине систолического давления) более 1,2; дефицит ОЦК (объема циркулирующей крови) 30% и более; пострадавший находится в сопорозном состоянии.

Критерии IV степени шока: артериальное давление менее 50 мм рт. ст. либо не определяется, дыхание поверхностное либо судорожное, сознание утрачено. Исходом является клиническая смерть.

6.2.2. кома II—III степени различной этиологии;

Кома — состояние глубокого угнетения функций ЦНС с полной утратой сознания и расстройством жизненно важных функций.

Кома II степени (глубокая): полное отсутствие реакции на болевые раздражения, диффузная гипотония мышц, угнетение рефлексов, выраженные нарушения внешнего дыхания и сердечно-сосудистой деятельности. Кома III степени (терминальная, атоническая): арефлексия, атония, двусторонний мидриаз, выраженные витальные нарушения (патологическое дыхание, апноэ, коллаптоидное состояние).

Нозологически речь идет о посттравматической коме.

6.2.3. острая, обильная, или массивная кровопотеря;

Быстрая потеря 30% объема циркулирующей крови ведет к острой анемии, гипоксии головного мозга и может закономерно привести к смертельному исходу.

Субъективные признаки острой обильной кровопотери: общая слабость, головокружение, потемнение в глазах, сухость во рту, жажда, одышка, тошнота, рвота, беспокойство, эйфория, чувство страха, мелькание «мушек» перед глазами.

Объективные признаки: бледность кожи и слизистых оболочек, цианоз, холодный липкий пот, тахипноэ, тахикардия, снижение артериального и венозного давления (АД ниже 50-70 мм рт. ст.), нарушение сознания, индекс Альговера 1,3—1,4.

Массивная кровопотеря, в том числе хроническая, диагностируется при утрате свыше 2-2,5 л крови.

6.2.4. острая сердечная и (или) сосудистая недостаточность тяжелой степени, или тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения;

Факторы, формирующие острую посттравматическую сердечную недостаточность (кардиогенный шок): прямые симптоматические нервные влияния на сердечные мышцы с повышенным высвобождением норадреналина из нервных окончаний; снижение соотношения кровотока в эндокарде и эпикарде, несоответствие доставки кислорода к сердцу; избыточная тахикардия с нарушением кровотока по венечным артериям; гиперкатехоламинемия с преобладанием роста концентрации адреналина в крови; гипоксемия и респираторный ацидоз. Клинические проявления при тяжелой степени острой сердечной недостаточности: жесткое дыхание, в легких влажные хрипы, застой в малом круге кровообращения, глухие сердечные тоны, тахикардия, высокое центральное венозное давление, снижение вольтажа ЭКГ, депрессия сегмента ST в грудных отведениях, низкий минутный объем кровообращения, снижение АД, снижение диастолического давления, нарастание миокардиальной депрессии.

Коллапс — остро развивающаяся сосудистая недостаточность, характеризующаяся падением сосудистого тонуса, уменьшением массы циркулирующей крови, резким снижением артериального и венозного давления, гипоксией головного мозга, угнетением жизненно важных функций организма. При травме возникает геморрагический коллапс, причиной которого является массивная кровопотеря.

Тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения выражается образованием внутримозговой гематомы, отеком и дислокацией головного мозга вследствие подболочечной (субдуральной, субарахноидальной), надболочечной (эпидуральной) гематомы, внутрижелудочкового или внутримозгового кровоизлияния.

6.2.5. острая почечная или острая печеночная, или острая надпочечниковая недостаточность тяжелой степени, или острый панкреонекроз;

Острая печеночная недостаточность может развиваться как следствие гнойно-септических осложнений травматической болезни или тяжелой степени травматического шока. Клинические проявления острой печеночной недостаточности: желтушность кожных покровов и слизистых оболочек, подкожные и подслизистые кровоизлияния, кровотечение в просвет пищеварительного тракта, увеличение (иногда — уменьшение) размеров печени, болезненность при пальпации печени, асцит, спленомегалия. Диагноз подкрепляется результатами биохимических исследований: гипопроотеинемией, нарушением соотношения белковых фракций с преобладанием глобулинов, гипер-билирубинемией, снижением уровня фибриногена, протомбина, холестерина, повышением содержания трансаминаз, снижением уровня калия и натрия, повышением тимоловой пробы и снижением сулемовой пробы.

Острая почечная недостаточность при травматической болезни связана с развитием травматического шока и токсических осложнений. Клинические проявления острой почечной недостаточности: уменьшение (реже — увеличение) суточного объема мочи, при олигурии — суточный объем может снижаться до 50—100 мл, при полиурии суточный объем может достигать 2,5—5 литров и более; канальцевый некроз приводит к угнетению концентрационной способности почек, азотемии, уремии (накоплению шлаков), увеличению показателей мочевины и креатинина, внутрисосудистому гемолизу, миоглобинурии.

Острая недостаточность коры надпочечников проявляется резким снижением продуктов гормонов коры надпочечников, выражающимся нервным напряжением, разлитыми болями в животе, рвотой, гипертермией, геморрагическим синдромом, и завершается коллапсом и комой. Эти изменения наблюдаются при первичных (травматических) или вторичных кровоизлияниях в кору надпочечников.

Острый панкреонекроз выражается в некрозе ткани поджелудочной железы в сочетании с геморрагическим пропитыванием ее ткани и тяжелыми метаболическими изменениями, гипотензией, секвестрацией, некротизированием участков, полиорганочной недостаточностью, приводящей к смерти. Клинически с самого начала возникают резкие постоянные боли в эпигастриальной области, иррадиирующие в спину и приобретающие опоясывающий характер, присоединяется тошнота и рвота. Живот вздут, на левой боковой поверхности живота — желтовато-синюшные пятна, высокий тимпанит над всей поверхностью живота, при появлении экссудата в брюшной полости в отлогих мерах появляется тупость при перкуссии, позднее кожные покровы становятся желтушными. Инструментальную диагностику обеспечивают ультразвуковое исследование и КТ.

6.2.6. острая дыхательная недостаточность тяжелой степени;

Дыхательная недостаточность при травме определяется как неспособность системы внешнего дыхания обеспечить необходимый уровень газообмена.

Причины острой дыхательной недостаточности при травмах: открытый и напряженный пневмоторакс, форсированное сдавление грудной клетки, травмы позвоночника с повреждением спинного мозга, тяжелые черепно-мозговые травмы, аспирация крови и рвотных масс, обструкция дыхательных путей, кровоизлияния в паренхиму легких, интерстициальный отек и др.

Тяжелая степень острой дыхательной недостаточности при травмах («шоковое легкое») характеризуется прогрессирующим нарастанием тахипноэ и гиперпноэ, выраженной тахикардией, наличием влажных хрипов на фоне минимального количества мокроты, снижением эластичности легочной ткани, нарастанием артериальной гипоксемии и др.

6.2.7. гнойно-септическое состояние: сепсис или перитонит, или гнойный плеврит, или флегмона;

Гнойно-септические состояния являются одним из закономерно развивающихся этапов травматической болезни. Они проявляются сепсисом, или перитонитом, или гнойным плевритом, или флегмоной.

Сепсис — генерализованная инфекция, которая отличается значительным клиническим полиморфизмом. Ведущими в клинической картине являются нарушения функции центральной нервной системы (энцефалопатия), гемодинамические расстройства, признаки инфекционно-токсического шока с развитием печеночной и почечной недостаточности, прогрессивно нарастающая декомпенсация водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния. У пострадавших с сепсисом отмечают гектическую температуру с подъемами до 39-40 °С, ознобы, проливной пот, тахикардию, артериальную гипотонию, аритмию функции сердца, снижение сердечного выброса и объемного кровотока, слабый и частый пульс, «мраморность» кожи. Смерть может наступить в течение 1-3 суток.

Перитонит — воспаление брюшины. Это вторичное заболевание, которое, в частности, является одним из осложнений тяжелой травмы. Клинические проявления перитонита: боли в животе, отсутствие брюшного дыхания, слабость, жажда, одышка, болезненность при ощупывании живота, напряжение мышц передней брюшной стенки, синдром раздражения брюшины, притупление в отлогих местах живота при перкуссии. Инструментальные методы диагностики: рентгенография, ультрасонография, лапароскопия, пункция брюшной полости. В ходе экспертизы должны быть доказаны факт травмы, наличие осложнения (перитонит) и причинная связь между ними.

Плеврит гнойный — посттравматическое воспаление плевры со скоплением гноя в плевральной полости, являющееся следствием травмы. Клинические проявления гнойного плеврита: общая слабость, боли в боку, нарушение внешнего дыхания, сухой кашель, повышение температуры тела, шум трения плевры при аускультации, боль при дыхании может иррадиировать в плечо или в живот, притупление перкуторного звука над легкими и ослабление дыхания в зоне скопления жидкости в плевральной полости. Инструментальное подтверждение: рентгенологическое, рентгенографическое, с помощью КТ, пункция плевральной полости с получением гноя. В ходе экспертизы должен быть доказан факт травмы, наличие гнойного плеврита и причинная связь между ними.

Флегмона (посттравматическая) — острое разлитое воспаление жировой клетчатки. Различаются флегмоны поверхностные (подкожные, эпифасциальные), глубокие (межмышечные) и флегмоны клетчаточных пространств. Флегмоны бывают серозными, гнойными, гнилостными (наибольшую опасность представляют последние две). Из общих симптомов выделяют: слабость, головную боль, повышение температуры тела до 40 °С с ознобами, лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ, одышку, тахикардию. Местные признаки: воспалительный инфильтрат, который позднее размягчается с появлением флюктуации. Над очагом флюктуации кожа синюшная. Отмечаются лимфаденит, лимфангоит, тромбофлебит. Наибольшую опасность представляют флегмоны забрюшинного пространства (гнойный паранефрит), промежности (гнойный парапроктит), средостения (гнойный медиастенит). Инструментальная диагностика: ультразвуковое исследование, пункция флегмоны, рентгенография. В ходе экспертизы следует доказать факт травмы, наличие флегмоны определенной локализации и причинную связь флегмоны с предшествующей травмой. К угрожающим жизни следует относить флегмоны, сопровождающиеся развитием общего гнойно-септического состояния организма.

6.2.8. расстройство регионального и (или) органного кровообращения, приводящее к инфаркту внутреннего органа или гангрене конечности; эмболия (газовая, жировая, тканевая, или тромбоэмболия) сосудов головного мозга или легких;

Для установления угрожающего жизни состояния по п. 6.2.8 изначально надо доказать наличие у пострадавшего газовой или тканевой эмболии, или тромбоэмболии. Под эмболией понимаются закупорка кровеносного сосуда газовыми пузырьками, каплями жира, кусочками ткани различных (травмированных) органов и тканей, оторвавшимися тромбами. Достоверно все перечисленные виды эмболии надежно диагностируются морфологически, например, при судебно-медицинской экспертизе трупа.

При жизни газовая эмболия достоверно распознается при рентгенологическом, КТ или МРТ обнаружении воздушных пузырьков в кровеносных сосудах или полостях сердца.

Прижизненное доказательство жировой эмболии основано на совокупности клинических признаков, появляющихся в ближайшем периоде после травмы: немотивированная тахикардия, острая дыхательная недостаточность, данные изменения психики, сознания, возможна гипоксическая кома, преходящая неврологическая симптоматика, распространенные петехиальные кровоизлияния и гастро-дуоденальные кровотечения, характерная картина глазного дна (белесовато-серебристые облаковидные пятна вокруг сосудов сетчатки, множественные кровоизлияния и др.), постоянная гипертермия. На рентгенограмме легких двустороннее поражение в виде так называемой «снежной бури», на КТ и МРТ — ишемические участки в головном мозге.

Клиническая картина тканевой эмболии зависит от величины тканевого эмбола, калибра пораженного кровеносного сосуда и пораженного органа-мишени. Последствия тканевой эмболии выражаются в образовании более или менее обширных ишемических инфарктов внутренних органов (в первую очередь — легких и головного мозга).

Клиническая картина тромбоэмболии: внезапное ощущение нехватки воздуха (тахипноэ, диспноэ), кашель, тахикардия, боли в груди, набухание шейных вен, цианоз лица и верхней половины туловища, влажные хрипы, кровохарканье, резкое повышение температуры тела, коллапс. Массивная тромбоэмболия заканчивается смертью в течение нескольких часов, а молниеносная — в течение 10-15 минут от право-желудочковой недостаточности или аноксии головного мозга.

6.2.9. острое отравление химическими и биологическими веществами медицинского и немедицинского применения, в том числе наркотиками или психотропными средствами, или снотворными средствами, или препаратами, действующими преимущественно на сердечно-сосудистую систему, или алкоголем и его суррогатами, или техническими жидкостями, или токсическими металлами, или токсическими газами, или пищевое отравление, вызвавшее угрожающее жизни состояние, приведенное в пунктах 6.2.1 — 6.2.8 Медицинских критериев;

Пункт 6.2.9 предполагает либо химическое, либо биологическое воздействие с соответствующими, предусмотренными данным пунктом последствиями.

Для отнесения химической травмы, разновидности которой перечислены в п. 6.2.9, к вреду здоровью, опасному для жизни человека, необходимо: а) первично доказать факт отравления (наркотиками или психотропными средствами, или снотворными, или препаратами, действующими преимущественно на сердечно-сосудистую систему, или алкоголем, или его суррогатами, или техническими жидкостями, или тяжелыми металлами, или токсическими газами, или пищевыми продуктами); б) доказать наличие у пострадавшего угрожающего жизни состояния, предусмотренного п. 6.2.1-6.2.8 настоящих Медицинских критериев; в) установить причинную связь между выявленным отравлением и доказанным угрожающим жизни состоянием. Методика отнесения биологической травмы к опасной для жизни принципиально не отличается от методики, приведенной выше для химической травмы.

Установление степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, по п. 6.2.9 целесообразно проводить с участием клиницистов соответствующего профиля.

6.2.10 различные виды механической асфиксии; последствия общего воздействия высокой или низкой температуры (тепловой удар, солнечный удар, общее перегревание, переохлаждение организма); последствия воздействия высокого или низкого атмосферного давления (баротравма, кессонная болезнь); последствия воздействия технического или атмосферного электричества (электропора); последствия других форм неблагоприятного воздействия (обезвоживание, истощение, перенапряжение организма), вызвавшие угрожающее жизни состояние, приведенное в пп. 6.2.1-6.2.8.

Для отнесения того или иного вида повреждений, вызванных внешними физическими повреждающими факторами, к вреду здоровью, опасному для жизни человека, необходимо: а) изначально установить наличие у пострадавшего одного из повреждений, перечисленных в п. 6.2.10 (механической асфиксии, последствий общего действия высокой или низкой

температуры в виде теплового или солнечного удара или общего перегревания организма, последствий перехода высокого или низкого атмосферного давления в виде баротравмы или кессонной болезни, последствий действия технического или атмосферного электричества, последствий обезвоживания, или истощения, или перенапряжения организма); б) доказать наличие у пострадавшего хотя бы одного угрожающего жизни состояния, предусмотренного п. 6.2.1-6.2.8 Медицинских критериев; в) установить причинную связь между выявленным повреждением и доказанным угрожающим жизни состоянием.

6.3. Потеря зрения — полная стойкая слепота на оба глаза или такое необратимое состояние, когда в результате травмы, отравления либо иного внешнего воздействия у человека возникло ухудшение зрения, что соответствует остроте зрения, равной 0,04 и ниже.

Потеря зрения на один глаз оценивается по признаку стойкой утраты общей трудоспособности.

Посттравматическое удаление одного глазного яблока, обладавшего зрением до травмы, также оценивается по признаку стойкой утраты общей трудоспособности.

Определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, в результате потери слепого глаза проводится по признаку длительности расстройства здоровья.

Под потерей зрения понимается полная стойкая (необратимая) слепота на оба глаза или необратимое снижение зрения обоих глаз до остроты 0,04 и ниже, до светоощущения (не более «счета пальцев у лица»).

Потеря зрения на один глаз оценивается по признаку стойкой утраты трудоспособности: например, при исходной остроте зрения 1,0-0,8 размер стойкой утраты трудоспособности при потере такого глаза составит более одной трети, т. е. тяжкий вред здоровью; при исходной остроте зрения 0,7 и менее размер стойкой утраты трудоспособности составит менее одной трети, т. е. вред здоровью средней тяжести.

Посттравматическое удаление одного глазного яблока оценивается по признаку стойкой утраты трудоспособности в зависимости от остроты зрения этим глазом до травмы.

При потере слепого глаза оценка степени тяжести вреда здоровью производится по признаку длительного расстройства здоровья. Если же возникает необходимость оценить повреждение слепого глаза по признаку неизгладимого обезображивания лица, эксперт ограничивается установлением неизгладимости повреждения.

При определении степени тяжести вреда здоровью человека экспертом не должна учитываться возможность улучшения зрения с помощью оперативного вмешательства или медицинских технических средств (очков, линз и др.).

Установление полной или частичной утраты зрения проводится совместно со специалистом-офтальмологом.

6.4. Потеря речи — необратимая потеря способности выражать мысли членораздельными звуками, понятными для окружающих.

Под потерей речи понимается необратимая утрата способности выражать мысли членораздельными звуками. В ходе экспертизы необходимо установить причину потери речи: утрата языка, повреждение голосовых связок, поражение центральной нервной системы и др. При определении степени тяжести вреда здоровью человека экспертом не должна учитываться возможность полного или частичного восстановления речи хирургическими средствами.

В необходимых случаях экспертиза по установлению степени тяжести вреда здоровью проводится с участием одного или нескольких клиницистов: отоларинголога, челюстно-лицевого хирурга, логопеда, невролога, психиатра.

6.5. Потеря слуха — полная стойкая глухота на оба уха или такое необратимое состояние, когда человек не слышит разговорную речь на расстоянии 3-5 см от ушной раковины.

Потеря слуха на одно ухо оценивается по признаку стойкой утраты общей трудоспособности.

Под потерей слуха понимается полная стойкая (необратимая) глухота на оба уха или такое снижение слуха, когда человек не слышит разговорную речь на расстоянии 3-5 см от ушной раковины.

Полная глухота на одно ухо оценивается по признаку стойкой утраты трудоспособности.

При определении степени тяжести вреда здоровью человека экспертом не должна учитываться возможность улучшения слуха с помощью хирургического вмешательства или слуховых аппаратов.

В необходимых случаях к участию в экспертизе следует приглашать отоларинголога.

6.6. Потеря какого-либо органа или утрата органом его функций:

Этот пункт предусматривает лишь два варианта: 6.6.1 — полную или частичную потерю конечности или ее функции; 6.6.2 — потерю производительной способности.

6.6.1. потеря руки или ноги, т. е. отделение их от туловища или стойкая утрата ими функций (паралич или иное состояние, исключющее их функции); потеря кисти или стопы приравливается к потере руки или ноги;

Под потерей конечности (руки или ноги) понимается анатомическая утрата всей конечности или ее периферического сегмента (кисти или стопы) либо

стойкая (необратимая) утрата ее функции, например в виде паралича конечности.

В необходимых случаях оценка характера и степени утраты функции конечности проводится с участием невролога и (или) травматолога.

6.6.2. потеря производительной способности, выражающейся у мужчин — в способности к совокуплению или оплодотворению; у женщин — в способности к совокуплению или зачатию, или вынашиванию, или деторождению.

6.6.3. потеря одного яичка.

Под потерей производительной способности у мужчин понимается утрата способности к совокуплению (потеря полового члена, полный перерыв пещеристых тел, прекращение кровообращения в половом члене и др.) или утрата способности к оплодотворению (аспермия, перерыв семенного канатика, потеря обоих яичек и др.).

Если в результате травмы утрачено (или хирургически удалено) одно яичко, то оценка степени тяжести вреда здоровью человека производится по признаку стойкой утраты трудоспособности. Оценка степени утраты производительной способности у мужчин производится с участием уролога.

Под потерей производительной способности у женщин понимается утрата способности к совокуплению (например, атрезия влагалища, значительное рубцовое уменьшение просвета влагалища и др.), или к зачатию (облитерация маточных труб, прекращение функции яичников и др.), или к вынашиванию плода (например, посттравматические внутриматочные синехии, экстирпированная матка), или к родоразрешению (посттравматическое сужение и деформация тазового кольца, рубцовое сужение шейки матки и мышц промежности и др.).

Оценка степени тяжести вреда здоровью при потере производительной способности у женщин производится с участием акушера-гинеколога.

6.7. Прерывание беременности — прекращение течения беременности независимо от срока, вызванное причиненным вредом здоровью, с развитием выкидыша, внутриутробной гибелью плода, преждевременными родами либо обусловившее необходимость медицинского вмешательства.

Прерывание беременности в результате заболеваний матери и плода должно находиться в прямой причинно-следственной связи с причиненным вредом здоровью и не должно быть обусловлено индивидуальными особенностями организма женщины и плода (заболеваниями, патологическими состояниями), которые имелись до причинения вреда здоровью. Если внешние причины обусловили необходимость прерывания беременности путем медицинского вмешательства (выскабливание матки, кесарево сечение и прочее), то эти повреждения и наступившие последствия приравниваются к прерыванию беременности и оцениваются как тяжкий вред здоровью.

Под «прерыванием беременности» как признаком тяжкого вреда здоровью понимается посттравматическое прекращение течения беременности при любом ее сроке. Прерывание беременности может произойти путем выкидыша, или в результате внутриматочной гибели плода, или преждевременных родов, или в результате медицинского вмешательства (выскабливание матки или кесарево сечение), показанием к которому были последствия травмы или состояние, угрожающее жизни матери или плода.

В ходе экспертизы изначально должны быть установлены факт бывшей беременности и факт травмы, затем — прямая причинная связь между травмой и последующим прекращением беременности. Наличие прямой причинной связи устанавливается в случае, если при отсутствии травмы беременность протекала бы в нормальном физическом режиме. Для суждения о наличии прямой причинной связи между травмой и прекращением беременности необходимо исключить негативное влияние на естественное течение беременности особенностей организма беременной (заболевания, гормональные нарушения и т. п.) осложнений беременности, степени развития и жизнеспособности плода. Сведения об этом получают как путем изучения медицинских документов о протекании беременности и здоровья женщины до и в процессе беременности, так и путем непосредственного обследования пострадавшей и исследования родившегося или хирургически извлеченного плода (или его фрагментов).

Экспертиза степени тяжести вреда здоровью по признаку посттравматического прерывания беременности проводится с участием акушера-гинеколога, а при необходимости — терапевта, эндокринолога и др.

6.8. Психическое расстройство, возникновение которого должно находиться в причинно-следственной связи с причиненным вредом здоровью, т. е. быть его последствием.

Перечень психических расстройств содержится в Международной классификации болезней X пересмотра (МКБ-10). Для отнесения вреда здоровью человека к тяжкому необходимо: а) установить факт имеющегося у пациента психического расстройства; б) установить факт предшествующей расстройству травмы, имеющей прямое отношение к расследуемому событию; в) исключить возможные психические расстройства до травмы; г) установить наличие прямой причинной связи между психическим расстройством и предшествовавшей ему травмой.

Для отнесения вреда здоровью к тяжкому по п. 6.8 достаточно установить факт психического расстройства и причинно-следственную связь с предшествующей травмой. При этом психическое расстройство может быть и временным, и необратимым.

Степень тяжести вреда, причинившего психическое расстройство, проводится с участием психиатра. Для исключения патологических причин психического расстройства к участию в экспертизе могут дополнительно привлекаться неврологи и нейрохирурги.

6.9. Заболевание наркоманией либо токсикоманией.

Заболевание наркоманией или токсикоманией следует рассматривать как вариант химической травмы. При доказательстве факта наркомании или токсикомании этот вред здоровью человека следует рассматривать как тяжкий. Экспертиза в таких случаях проводится с участием психиатра и (или) нарколога, и (или) токсиколога.

6.10. Неизгладимое обезображивание лица.

Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, выразившегося в неизгладимом обезображивании его лица, определяется судом.

Производство судебно-медицинской экспертизы ограничивается лишь установлением неизгладимости данного повреждения, а также его медицинских последствий в соответствии с Медицинскими критериями.

Под неизгладимыми изменениями следует понимать такие повреждения лица, которые с течением времени не исчезают самостоятельно (без хирургического устранения рубцов, деформаций, нарушений мимики и прочее либо под влиянием нехирургических методов) и для их устранения требуется оперативное вмешательство (например, косметическая операция).

Факт неизгладимого обезображивания лица как квалифицирующий признак тяжкого вреда здоровью человека устанавливает суд. Обязанности судебно-медицинского эксперта ограничиваются определением неизгладимости причиненных повреждений лица и иных медицинских критериев степени тяжести вреда здоровью человека. Неизгладимыми являются посттравматические рубцы кожи, деформации элементов строения лица из-за переломов костей лицевого скелета, функциональные поражения, приводящие к нарушению мимики, и др., не устранимые с помощью нехирургических средств. Если коррекция последствий причиненных повреждений возможна лишь с помощью оперативного вмешательства, такие изменения считаются неизгладимыми.

При проведении судебно-медицинской экспертизы необходимо учитывать следующие анатомические границы лица: верхняя — лобный край волосистого покрова головы, боковые — передний край основания ушных раковин и задний край ветвей нижней челюсти (в судебно-медицинском отношении в границы лица включаются и ушные раковины), нижняя — нижний край угла и нижний край тела нижней челюсти.

Обезображивание лица — это действие, направленное на искажение черт лица человека. Степень посттравматического искажения статических и динамических характеристик лица определяет суд, исходя из своего внутреннего убеждения.

Если повреждение лица приводит к длительному или кратковременному расстройству здоровья, эксперт обязан отметить этот квалифицирующий признак в своем заключении.

6.11. Значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть (стойкая утрата общей трудоспособности свыше 30 процентов).

К тяжкому вреду здоровья, вызывающему значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть, независимо от исхода и оказания (неоказания) медицинской помощи, относят следующие повреждения:

6.11.1. открытый или закрытый перелом плечевой кости: внутрисуставной (головки плеча) или околосуставной (анатомической шейки, под- и чрезбугорковый), или хирургической шейки, или диафиза плечевой кости;

6.11.2. открытый или закрытый перелом костей, составляющих локтевой сустав;

6.11.3. открытый или закрытый перелом-вывих костей предплечья: перелом локтевой в верхней или средней трети с вывихом головки лучевой кости (перелом-вывих Монтеджа) или перелом лучевой кости в нижней трети с вывихом головки локтевой кости (перелом-вывих Галеацци);

6.11.4. открытый или закрытый перелом вертлужной впадины со смещением;

6.11.5. открытый или закрытый перелом проксимального отдела бедренной кости: внутрисуставной (перелом головки и шейки бедра) или внесуставной (межвертельный, чрезвертельный переломы), за исключением изолированного перелома большого и малого вертелов;

6.11.6. открытый или закрытый перелом диафиза бедренной кости;

6.11.7. открытый или закрытый перелом костей, составляющих коленный сустав, за исключением надколенника;

6.11.8. открытый или закрытый перелом диафиза большеберцовой кости;

6.11.9. открытый или закрытый перелом лодыжек обеих берцовых костей в сочетании с переломом суставной поверхности большеберцовой кости и разрывом дистального межберцового синдесмоза с подвывихом и вывихом стопы;

6.11.10. компрессионный перелом двух и более смежных позвонков грудного или поясничного отдела позвоночника без нарушения функции спинного мозга и тазовых органов;

6.11.11. открытый вывих плеча или предплечья, или кисти, или бедра, или голени, или стопы с разрывом связочного аппарата и капсулы сустава.

Стойкая утрата общей трудоспособности в иных случаях определяется в процентах, кратных пяти, в соответствии с Таблицей процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин, прилагаемой к настоящим Медицинским критериям.

Трудоспособность — это социально-медицинское понятие, определяющее совокупность врожденных и приобретенных способностей человека к действию, направленному на получение социально значимого результата в виде определенного продукта, изделия или услуги («Положение о порядке установления врачебно-трудовыми экспертными комиссиями степени утраты профессиональной трудоспособности...», утвержденное постановлением Правительства РФ от 29.04.1994 г. №392).

Общая трудоспособность — это совокупность способностей человека выполнять неквалифицированную работу и обеспечивать самообслуживание (гигиенические процедуры, самостоятельное перемещение в пространстве, прием пищи, надевание одежды, обуви и т. п.).

Стойкая утрата общей трудоспособности — это такая необратимая утрата функции (функций), которая лишает человека способности полностью или частично выполнять неквалифицированную работу и обеспечивать самообслуживание.

В зависимости от характера размера стойкой утраты общей трудоспособности вред здоровью человека может расцениваться как тяжкий, средней тяжести и легкий.

Стойкая утрата общей трудоспособности оценивается по п. 6.11 вне зависимости от реального исхода причиненного повреждения. Пункт 6.11 дает исчерпывающий перечень таких повреждений. Для отнесения повреждения к одному из предусмотренных п. 6.11.1— 6.11.11 достаточно объективно подтвержденного диагноза соответствующей травмы.

В п. 6.11.1-6.11.9 перечисленные переломы являются значительной стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть, независимо от их характера: и открытые, и закрытые.

В п. 6.11.2, 6.11.7 имеются в виду переломы тех участков костей, которые образуют сустав (локтевой или коленный), независимо от разрыва суставной капсулы.

По п. 6.11.2 и 6.11.7 следует иметь в виду внутрисуставной характер переломов, т. е. переломы фрагментов костей, образующих соответствующие суставы.

Размер стойкой утраты общей трудоспособности при разных исходах травмы предусмотрен специальной Таблицей, являющейся неотъемлемым Приложением к Медицинским критериям. В ходе судебно-медицинской экспертизы должен быть установлен конкретный исход повреждения, который сопоставляется с соответствующими данными, содержащимися в

Таблице, где приводится размер (в %) стойкой утраты общей трудоспособности по отношению к установленному исходу причиненного пострадавшему повреждения.

Исход может быть установлен в ходе однократного или динамического клинико-экспертного исследования.

Если окончательный исход не определился в течение 120 дней, то условно стойкой (необратимой) утратой общей трудоспособности считают такой размер утраченной функции, который сформировался у пострадавшего по истечении указанного промежутка времени.

Если пострадавший до травмы страдал каким-то заболеванием. У него частично или полностью была утрачена функция (функции) какого-то органа, или сегмента, или части тела, то экспертной оценке подлежат только последствия травмы. Для этого вначале путем непосредственного экспертного (как правило, комиссионного) обследования пострадавшего и изучения медицинских документов о его предшествовавшей травме здоровье устанавливают у него степень стойкой утраты общей трудоспособности к моменту получения травмы. Затем выявляют последствия травмы, определяют ее исход и также устанавливают размер стойкой утраты общей трудоспособности. При этом должно учитываться возможное негативное влияние предшествовавшего патологического фона на клиническое лечение и исход полученной травмы. Анализ и совокупная оценка всех этих сведений позволяют установить степень тяжести вреда здоровью, причиненного полученной травмой. В зависимости от сопутствующей патологии к проведению комиссионной экспертизы могут привлекаться соответствующие эксперты-клиницисты.

Под значительной стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть понимают стойкую утрату общей трудоспособности свыше 30%. Поскольку в специальной Таблице (приложение к Медицинским критериям) градация размера утраты трудоспособности кратна 5%, то значительной стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть будет размер утраты 35% и более.

Независимо от исхода к тяжкому вреду здоровью человека по признаку значительной стойкой утраты общей трудоспособности не менее чем на одну треть относят ряд переломов, исчерпывающий перечень которых дает п. 14.1: 14.1.1-14.1.11.

Под значительной стойкой утратой общей трудоспособности менее чем на одну треть понимают утрату такой трудоспособности от 10 до 30% включительно, а под незначительной — менее 10%, т. е. 5%.

6.12. Полная утрата профессиональной трудоспособности
Профессиональная трудоспособность связана с возможностью выполнения определенного объема и качества работы по конкретной профессии (специальности), по которой осуществляется основная трудовая деятельность.

Степень утраты профессиональной трудоспособности определяется в соответствии с Правилами установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 16 октября 2000 г. № 789 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 43, ст. 4247).

Полную утрату профессиональной трудоспособности устанавливают в порядке комиссионной судебно-медицинской экспертизы с участием специалиста в области медико-социальной экспертизы.

7. Медицинскими критериями квалифицирующих признаков в отношении средней тяжести вреда здоровью являются:

7.1. Временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью свыше трех недель (более 21 дня) (далее — длительное расстройство здоровья).

Под расстройством здоровья понимается нарушение функции организма, непосредственно связанное с повреждением или заболеванием. При определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, учитывается расстройство здоровья в связи с полученной травмой.

Не следует отождествлять временное расстройство здоровья с временной утратой работоспособности или временной нетрудоспособностью, продолжительность которой определяется «Листом временной нетрудоспособности». Трудоспособность устанавливается законом с 14 лет, т. е. если понимать под расстройством здоровья временную нетрудоспособность, то ее невозможно будет определить у детей и подростков до 14 лет. Если у школьников младше 14 лет временную нетрудоспособность можно условно приравнять к невозможности посещения школьных занятий, то у дошкольников будет отсутствовать даже такой условный критерий. Неработающие и пенсионеры могут вовсе не пользоваться «Листом временной нетрудоспособности». Кроме краткого диагноза «Листок временной нетрудоспособности» не содержит никаких сведений о состоянии здоровья пострадавшего, что не позволяет критически оценить обоснованность срока пребывания в стационаре или на амбулаторном наблюдении и лечении (между тем, нередко основанием для выдачи «Листа временной нетрудоспособности» являются только субъективные жалобы пациента). С другой стороны, пострадавший может отказаться от лечения, покинуть стационар до выздоровления и преждевременно приступить к работе.

Таким образом, единственным основанием для суждения о продолжительности расстройства здоровья в связи с травмой будет продолжительность посттравматических нарушений функции (функций)

организма, зафиксированная в медицинских документах (медицинской карте амбулаторного больного, медицинской карте стационарного больного, результатах клинико-лабораторных, инструментальных исследований и др.) и при непосредственном судебно-медицинском обследовании пострадавшего.

Медицинские критерии устанавливают две градации расстройства здоровья: длительное расстройство здоровья, т. е. временное посттравматическое нарушение функции продолжительностью свыше трех недель (более 21 дня), и кратковременное расстройство здоровья, т. е. временное посттравматическое нарушение функции продолжительностью в пределах трех недель (в пределах 21 дня).

Полученная травма может ухудшить имеющееся у пострадавшего хроническое заболевание, и пациент, поступивший в стационар по поводу травмы, может длительно находиться на больничной койке для коррекции состояния здоровья и ухудшившегося хронического заболевания. В таких случаях для оценки степени тяжести вреда здоровью необходимо дифференцировать нарушение функций в связи с повреждением и хроническим заболеванием, учитывая при определении степени тяжести вреда здоровью только продолжительность посттравматического нарушения.

Если хирургическая операция выполнялась с целью устранения последствий травмы, то при определении степени тяжести вреда здоровью должна учитываться продолжительность расстройства здоровья, включая и послеоперационный период.

Если хирургическая операция предпринята в целях диагностики, то вред здоровью, причиненный оперативным вмешательством, не учитывается при оценке степени тяжести вреда здоровью.

Вред здоровью, причиненный в результате дефекта оказания медицинской помощи, расценивается самостоятельно, вне связи с причиненным повреждением и его последствиями, в соответствии с квалифицирующими признаками, предусмотренными Правилами и УК РФ. Если в результате хирургической операции или какого-то иного медицинского вмешательства допущен дефект оказания медицинской помощи и пострадавшему причинены дополнительные страдания, последние не являются основанием для увеличения степени тяжести вреда здоровью, вызванного предшествовавшим повреждением. При предположительном диагнозе (например, сотрясении головного мозга), когда отсутствуют ясные признаки травмы (нарушение структуры и функции), пострадавшего могут поместить в стационар для клинического наблюдения, так как признаки травмы могут проявиться не сразу, а через несколько дней. Если такие признаки не проявились, время пребывания в стационаре не рассматривается как длительность расстройства здоровья.

7.2 Значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть — стойкая утрата общей трудоспособности от 10 до 30 процентов включительно.

См. комментарий к п. 6.11 Медицинских критериев.

8. Медицинскими критериями квалифицирующих признаков в отношении легкого вреда здоровью являются:

8.1. Временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью до трех недель от момента причинения травмы (до 21 дня включительно) (далее — кратковременное расстройство здоровья).

См. комментарий к п. 7.1 Медицинских критериев.

8.2. Незначительная стойкая утрата общей трудоспособности — стойкая утрата общей трудоспособности менее 10 процентов.

См. комментарий к п. 6.11 Медицинских критериев.

9. 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, расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

Не влекут расстройства здоровья и стойкой утраты общей трудоспособности единичные поверхностные повреждения: ссадины, кровоподтеки, ограниченные по площади и неглубокие раны. Они фиксируются экспертом как повреждения, не влекущие кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности. Множественные ссадины, кровоподтеки и неглубокие, как правило, ушибленные раны могут сопровождаться выраженным отеком окружающих тканей и приводить к ограничению функций (ограничение полей зрения при отеке травмированных век, ограничение движений в суставах из-за отека болезненности травмированных мягких тканей и т. п.). Такие повреждения, как сопровождающиеся нарушением функции, оцениваются по признаку расстройства здоровья.

III. Заключительные положения

10. Для определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, достаточно наличия одного из квалифицирующих признаков.

11. При наличии нескольких квалифицирующих признаков тяжесть вреда, причиненного здоровью человека, определяется по тому признаку, который соответствует большей степени тяжести вреда.

См. комментарий к п. 5 Правил.

12. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, при наличии нескольких повреждений, возникших от неоднократных травмирующих воздействий (в том числе при оказании медицинской помощи), определяется отдельно в отношении каждого такого воздействия.

13. В случае если множественные повреждения взаимно отягощают друг друга, определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, производится по их совокупности.

14. При наличии повреждений разной давности возникновения определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, каждого из них производится отдельно.

См. комментарий к п. 10 Правил.

15. Возникновение угрожающего жизни состояния должно быть непосредственно связано с причинением вреда здоровью, опасного для жизни человека, причем эта связь не может носить случайный характер.

См. комментарий к п. 6.2 Медицинских критериев.

16. Предотвращение смертельного исхода, обусловленное оказанием медицинской помощи, не должно приниматься во внимание при определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

См. комментарий к п. 6.1 Медицинских критериев.

17. Расстройство здоровья состоит во временном нарушении функций органов и (или) систем органов, непосредственно связанном с повреждением, заболеванием, патологическим состоянием, обусловившем временную нетрудоспособность.

См. комментарий к п. 7.1 Медицинских критериев.

18. Продолжительность нарушения функций органов и (или) систем органов (временной нетрудоспособности) устанавливается в днях, исходя из объективных медицинских данных, поскольку длительность лечения может не совпадать с продолжительностью ограничения функций органов и (или) систем органов человека. Проведенное лечение не исключает наличия у живого лица посттравматического ограничения функций органов и (или) систем органов.

См. комментарий к п. 7.1 Медицинских критериев.

19. Критерий утраты общей трудоспособности применяется* при неблагоприятном трудовом и клиническом прогнозах либо при определившемся исходе независимо от сроков ограничения трудоспособности, либо при длительности расстройства здоровья свыше 120 дней (далее — стойкая утрата общей трудоспособности).

См. комментарий к п. 6.11 Медицинских критериев.

20. Стойкая утрата общей трудоспособности заключается в необратимой утрате функций в виде ограничения жизнедеятельности (потеря врожденных и приобретенных способностей человека к самообслуживанию) и трудоспособности человека независимо от его квалификации и профессии (специальности) (потеря врожденных и приобретенных способностей человека к действию, направленному на получение социально значимого результата в виде определенного продукта, изделия или услуги).

См. комментарий к п. 6.11 Медицинских критериев.

21. У детей трудовой прогноз в части возможности в будущем стойкой утраты общей (профессиональной) трудоспособности определяют так же, как у взрослых, в соответствии с настоящими Медицинскими критериями.

Медицинские критерии предлагают определять стойкую утрату общей трудоспособности у детей так же, как у взрослых. Между тем в конкретном случае следует учитывать возраст и особенности развивающегося организма ребенка, поэтому судебно-медицинская экспертиза должна проводиться в комиссионном порядке с участием педиатра и (или) детского невролога и т. д.

22. В случае возникновения необходимости в специальном медицинском обследовании живого лица к проведению судебно-медицинской экспертизы должны привлекаться врачи-специалисты организаций, в которых имеются условия, необходимые для проведения таких обследований.

См. комментарий к п. 8 Правил.

23. При производстве судебно-медицинской экспертизы в отношении живого лица, имеющего какое-либо предшествующее травме заболевание либо повреждение части тела с полностью или частично ранее утраченной функцией, учитывается только вред, причиненный здоровью человека, вызванный травмой и причинно с ней связанный.

См. комментарий к п. 9 Правил.

24. Ухудшение состояния здоровья человека, вызванное характером и тяжестью травмы, отравления, заболевания, поздними сроками начала лечения, его возрастом, сопутствующей патологией и другими причинами, не рассматривается как причинение вреда здоровью.

Если у человека с повреждением (отравлением, «заболеванием») произошло ухудшение состояния здоровья, связанное с недостатками лечения, предшествовавшими заболеваниями, индивидуальными особенностями организма, то нарушение функций, связанных с этими факторами, не должно учитываться при оценке степени тяжести вреда, причиненного травмой.

25. Ухудшение состояния здоровья человека, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи, рассматривается как причинение вреда здоровью.

26. Установление степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, в случаях, указанных в пунктах 24 и 25 Медицинских критериев, производится также в соответствии с Правилами и Медицинскими критериями.

См. комментарий к п. 16 Правил.

27. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, не определяется, если:

в процессе медицинского обследования живого лица, изучения материалов дела и медицинских документов сущность вреда здоровью определить не представляется возможным;

на момент медицинского обследования живого лица не ясен исход вреда здоровью, не опасного для жизни человека;

живое лицо, в отношении которого назначена судебно-медицинская экспертиза, не явилось и не может быть доставлено на судебно-медицинскую экспертизу либо живое лицо отказывается от медицинского обследования;

медицинские документы отсутствуют либо в них не содержится достаточных сведений, в том числе результатов инструментальных и лабораторных методов исследований, без которых не представляется возможным судить о характере и степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

Под «моментом медицинского обследования» необходимо понимать время проведения судебно-медицинской экспертизы.

Сущность вреда здоровью нельзя считать установленной без объективного подтвержденного диагноза полного объема травмы.

Неясность исхода имеет место в случае, если к моменту производства экспертизы не установлен полный объем нарушения целостности анатомических структур и (или) степень нарушения или утраты физиологических функций организма, непосредственно вызванных травмой.

Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, не может быть определена при отсутствии самого пострадавшего в случае, если в представленных медицинских документах недостаточно информации о характере структурных и функциональных нарушений, вызванных травмой. Ответственность за достоверность информации, изложенной в медицинских документах, несет лицо, назначившее экспертизу.

Невозможность представить живое лицо для экспертного обследования и причины такой невозможности должны быть письменно подтверждены лицом, назначившим экспертизу. То же касается и невозможности предоставить эксперту необходимые медицинские документы и результаты медицинских (инструментальных и лабораторных) исследований.

При определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, *в случае наступления его смерти* вред здоровью оценивается как *тяжелый*, если:

вред, причиненный здоровью человека, сам по себе явился причиной смерти или привел к наступлению смерти вследствие развившегося осложнения, не носившего случайный характер;

вред, причиненный здоровью человека, привел к наступлению смерти вследствие развившегося угрожающего жизни состояния, не носившего случайный характер;

вред, причиненный здоровью человека, имеет хотя бы один из медицинских критериев опасного для жизни вреда здоровью;

в медицинских документах зафиксирована клиническая картина угрожающего жизни состояния, являющегося следствием причинения данного вреда здоровью;

в медицинских документах содержатся медицинские критерии потери зрения, речи, слуха, какого-либо органа или утрата органом его функций, или психического расстройства, или заболевания наркоманией либо токсикоманией, или неизгладимого обезображивания лица;

имеются анатомические или функциональные признаки, указывающие на значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть или на полную утрату профессиональной трудоспособности.

Оценка проводится по результатам полного судебно-медицинского исследования трупа и результатам, характеризующим состояние здоровья умершего до травмы, в связи с травмой и после травмы, зафиксированное в медицинских документах.

При отсутствии квалифицирующих признаков и медицинских критериев, перечисленных выше, вред здоровью оценивается как *средней тяжести*, если:

смерть наступила в сроки, превышающие 21 день после причинения вреда здоровью (по признаку длительности расстройства здоровья);

имеются анатомические признаки значительной стойкой утраты общей трудоспособности менее одной трети.

Для того чтобы оценить тяжесть вреда, причиненного здоровью человека, как средней тяжести, изначально следует исключить наличие у пострадавшего квалифицирующих признаков и медицинских критериев тяжкого вреда, перечисленных выше. При судебно-медицинском исследовании трупа вред здоровью оценивается как средней тяжести по отношению к незажившим повреждениям, если смерть наступила спустя 21 день после получения повреждений и давность оцениваемых повреждений также более 21 дня.

Вред здоровью средней тяжести при судебно-медицинской экспертизе трупа признается средней тяжести, если имеются анатомические признаки значительной стойкой утраты общей трудоспособности менее одной трети — от 10 до 30% включительно.

Если смерть наступила ранее 21 дня после причинения вреда здоровью, то при обнаружении заживших на этот период повреждений их оценивают по признаку кратковременного расстройства здоровья как *легкий вред здоровью*. Так же оценивают вред здоровью при наличии анатомических признаков, указывающих на незначительную стойкую утрату общей трудоспособности.

Если при исследовании трупа и изучении медицинских документов не находят объективных признаков для суждения об исходе причиненного вреда здоровью, оценка тяжести не опасного для жизни вреда здоровью не проводится.