

Григорий Заславский, Владимир Клевенко
Виктор Викторович Колкутин, Вячеслав

**Комментарий к
нормативным правовым
документам, регуливающим.**



**Владимир Александрович Клевно
Вячеслав Леонидович Попов
Виктор Викторович Колкутин
Григорий Иосифович Заславский**

**Комментарий к нормативным правовым
документам, регулирующим порядок
определения степени тяжести вреда,
причиненного здоровью человека**

Серия «Медицина и право»

*Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=11221037*

*Пособие предназначено для единообразного практического применения в рамках судебно-медицинской экспертизы и судебной практики.: Издательство Р. Асланова «Юридический центр Пресс»; Санкт-Петербург; 2008
ISBN 978-5-94201-000-0*

Аннотация

Пособие предназначено для единообразного практического применения в рамках судебно-медицинской экспертизы и судебной практики.

Адресовано судебно-медицинским экспертам, судьям, прокурорам, следователям, дознавателям, преподавателям медицинских и юридических вузов.

Содержание

Предисловие	5
Введение	9
Федеральный закон	10
Постановление правительства Российской Федерации	11
Правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека	12
Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации	18
Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека	19
Конец ознакомительного фрагмента.	31

Комментарий к нормативным правовым документам, регулирующим порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека

© Р. А. Хальфин, предисловие, 2008

© Коллектив авторов, 2008

© Изд-во Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2008

* * *

Предисловие

Уголовное судопроизводство в Российской Федерации остро нуждается в эффективных инструментах определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Вместе с тем создание необходимой системы правовых предписаний неоправданно затянулось.

В настоящее время в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» Минздравсоцразвития России разработаны Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Судебно-медицинские эксперты получили необходимый нормативный правовой акт, регулирующий производство экспертиз тяжести вреда здоровью.

Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» от 24 апреля 2008 г. № 194н зарегистрирован в Минюсте России 13 августа 2008 г. № 12118 и завершает принятие целого пакета нормативных правовых актов, регулирующих судебно-медицинское определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. В этот пакет документов также входят Федеральный закон от 2 февраля 2006 г. № 23-ФЗ «О внесении изменений в статью 52 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», постановление Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

Одной из задач судебно-медицинской экспертизы является определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, применительно к ст. 111–115, 118, 119 УК РФ.

Уголовный кодекс РФ содержит квалифицирующие признаки, позволяющие отнести вред, причиненный здоровью человека, к тяжкому, средней тяжести или легкому. Между тем понятие «здоровье» имеет существенный медико-биологический и медико-социальный компонент. Поэтому определение степени вреда, наносимого здоровью человека, требует специальных знаний. Такие знания входят в компетенцию судебно-медицинской экспертизы.

В России с 1841 года существовали последовательно (в соответствии с действовавшим уголовным законодательством) менявшиеся «Правила судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений». Последние редакции этих Правил относятся к 1961, 1978 и 1996 годам. Правила 1996 года, как не прошедшие установленную в нашей стране процедуру принятия нормативных документов, так и не были введены в действие. В результате образовался правовой вакуум, заключающийся в том, что УК РФ был введен в действие в 1997 году, а формально действовавшие к этому времени Правила определения степени тяжести телесных повреждений 1978 года не соответствовали нормам нового УК РФ. К сожалению, в силу ряда объективных и субъективных причин в период 1996–2005 гг., новые Правила так и не были подготовлены.

Со второй половины 2005 года по поручению Минздравсоцразвития России Российский центр судебно-медицинской экспертизы (РЦСМЭ) возобновил работу по подготовке проектов новых нормативных правовых документов, относящихся к производству экспертизы установления тяжести вреда здоровью.

Для реализации поставленной задачи Минздравсоцразвития России были созданы рабочие группы из числа наиболее авторитетных ученых и практиков РЦСМЭ, бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ) и кафедр судебной медицины медицинских вузов Российской Федерации с участием врачей других специальностей. С учетом современных достижений судебно-медицинской науки рабочими группами под руководством РЦСМЭ

был разработан целый пакет нормативных правовых документов, регулирующих порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

Наибольший вклад в подготовку проектов документов внесли ученые и практики БСМЭ и вузов Москвы и Санкт-Петербурга, Московской, Ленинградской, Рязанской, Иркутской, Самарской, Смоленской и Астраханской областей, Краснодарского и Ставропольского краев.

В конечном итоге многолетняя работа завершилась принятием трех нормативных правовых актов, в числе которых:

Федеральный закон от 2 февраля 2006 г. № 23-ФЗ «О внесении изменений в статью 52 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»;

постановление Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека»;

приказ Минздравсоцразвития России от 24 апреля 2008 г. № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

Уровень принятия перечисленных документов, их форма и содержание существенно отличаются от предыдущих Правил:

впервые на законодательном уровне Федеральным законом была закреплена норма, определяющая порядок организации и производства судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз, а также норма, обязывающая Правительство Российской Федерации установить порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека;

впервые на правительственном уровне было принято постановление Правительства Российской Федерации, утверждающее Правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека;

впервые на ведомственном уровне приказом Минздравсоцразвития России были утверждены Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, которые наиболее полно характеризуют квалифицирующие признаки;

впервые Медицинские критерии содержат Таблицу процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин.

Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России, принципиально отличаются от предыдущих версий.

Во-первых, новый нормативный документ поименован как «Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека». Медицинские критерии являются медицинской характеристикой квалифицирующих признаков, которые используются для решения данного вопроса при производстве судебно-медицинской экспертизы в отношении живых лиц.

Во-вторых, квалификации теперь подлежит не телесное повреждение, а вред здоровью, в связи с чем дано его определение. 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.

В-третьих, вред здоровью, опасный для жизни человека, разделен на две группы: вред здоровью, непосредственно создающий угрозу для жизни, и вред здоровью, вызвавший развитие угрожающего жизни состояния. Дано определение угрожающему жизни состоянию. Под угрожающим жизни состоянием понимается такое расстройство жизненно важных

функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью.

В-четвертых, перечень повреждений, непосредственно создающих угрозу для жизни, расширен и включает различные повреждения, сгруппированные в соответствии с рубриками МКБ-10: класс XIX «Травмы, отравления и некоторые последствия воздействия внешних причин» (S00-T98) в тридцать самостоятельных пунктов.

В-пятых, вторая группа вреда здоровью, опасного для жизни, содержит различные угрожающие жизни человека состояния, сгруппированные, соответственно, в десять пунктов.

В-шестых, к тяжкому вреду здоровью, вызвавшему значительную стойкую утрату трудоспособности не менее чем на одну треть, независимо от исхода и оказания (неоказания) медицинской помощи, Медицинские критерии относят сложные переломы костей, сгруппированные в одиннадцать пунктов, в случае возникновения которых врач – судебно-медицинский эксперт, не дожидаясь исхода, вправе квалифицировать вред, причиненный здоровью человека, как тяжкий.

В-седьмых, Медицинские критерии содержат Таблицу процентов стойкой утраты общей трудоспособности для определения размера стойкой утраты общей трудоспособности и степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, с использованием квалифицирующего признака «стойкая утрата общей трудоспособности».

Таким образом, судебно-медицинская экспертная служба получила все необходимые нормативные правовые документы, регулирующие порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: Федеральный закон, Правила и Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Это позволяет врачам – судебно-медицинским экспертам использовать единые, соответствующие действующему законодательству и современным научным достижениям Медицинские критерии для решения этого важного вопроса.

Принятые нормативные правовые документы содержат новые основополагающие понятия и методические императивы, поэтому нуждаются в обстоятельных разъяснениях, прежде всего их сущности. Это – прямое указание, содержащееся в п. 2 постановления Правительства РФ № 522, предписывающее Минздравсоцразвития России «давать необходимые разъяснения по применению Правил, утвержденных настоящим Постановлением».

В целях обеспечения единого научно-методического подхода к производству судебно-медицинских экспертиз и повышению их качества Минздравсоцразвития России было поручено РЦСМЭ подготовить комментарий к нормативным правовым документам, регулирующим порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, а также дать необходимые разъяснения по их применению.

По сложившейся традиции авторитетные ученые в соответствующей области знания дают научный комментарий по оптимальному применению тех или иных нормативных правовых актов в практической деятельности. Таким целям служат изданные комментарии к УК РФ и УПК РФ.

Введение в действие в Российской Федерации с 16 сентября 2008 года Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, ликвидирует много лет существовавший пробел в нормативно-правовой регламентации соответствующих организационных аспектов судебно-медицинской экспертизы.

Необходимость подготовки развернутых пояснений (комментария) к утвержденным нормативным правовым документам, регулирующим порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, в рассматриваемой сфере деятельности сомнений не вызывает. Настоящий Комментарий отвечает задачам профессионального разъяснения тех или иных медицинских характеристик и положений, адресованных, в первую очередь,

врачам – судебно-медицинским экспертам, а также может быть полезен судьям, лицам, производящим дознание, следователям, адвокатам, преподавателям, аспирантам, ординаторам и студентам, изучающим судебную медицину.

Заместитель Министра здравоохранения и
социального развития Российской Федерации,
доктор юридических наук, профессор

Р. А. Хальфин

Введение

В соответствии с процессуальным законом Заключение эксперта является одним из доказательств по делу. В некоторых случаях оно может оказаться решающим при квалификации преступного деяния. К числу доказательств, несомненно, можно отнести судебно-медицинские экспертизы, которые устанавливают степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

Заключение эксперта нередко играет определяющую роль при производстве дознания и предварительного следствия. Экспертное заключение используется всеми сторонами судебного процесса: государственным обвинителем, защитником, судьей.

Согласно Закону «О государственной экспертной деятельности в РФ» судебно-экспертную деятельность осуществляют специализированные и неспециализированные государственные судебно-экспертные учреждения и негосударственные судебно-экспертные организации. Отсюда ясно, что одно и то же расследуемое деяние и его последствия могут изучаться и оцениваться разными специалистами. Но, как принято считать, «правда— одна». Поэтому очень важно быть на правильном пути к истине и, тем более, установить истину.

Основаниями для этого являются единое понимание исходных целей, задач и понятий, объективное установление первичных фактических данных, научно обоснованная оценка установленных фактов. Одним из таких частных вопросов является определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Решению именно этой задачи и посвящен настоящий Комментарий.

Комментарий разъясняет основные положения «Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», утвержденных постановлением Правительства РФ от 17.08.2007 г. № 522 и Медицинских критериев, введенных приказом Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 г. № 194н и зарегистрированных в Минюсте России 13.08.2008 г. № 120118. Разъяснения даются в постатейном варианте: вначале курсивом излагается текст соответствующей статьи нормативного документа, затем следует его комментарий.

Авторы считают необходимым подчеркнуть, что Комментарий дает основные принципиальные пояснения и рекомендации. В то же время он не содержит и не может содержать полный перечень приемов, способов и методов клинической и морфологической диагностики определения видов повреждений и заболеваний, а также исчерпывающие симптоматические отражения нозологических единиц. Это является основанием для рекомендации пользователям специальной медицинской литературы: учебниками, руководствами, монографиями и др.

Авторы отдают себе отчет в том, что решающим моментом, определяющим полноценность предлагаемого Комментария, станет практика его применения. Поэтому они оставляют за собой право вернуться к этой проблеме после тщательного анализа практики использования предлагаемых методических рекомендаций судебно-медицинскими экспертами, преподавателями вузов, судьями, прокурорами, следователями и дознавателями.

**Федеральный закон
от 2 февраля 2006 г. № 23-ФЗ
«О внесении изменения в статью 52
основ законодательства Российской
Федерации об охране здоровья граждан»**

Внести в часть четвертую статьи 52 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1 (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 33, ст. 1318; Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 35, ст. 3607) изменение, изложив ее в следующей редакции:

«Порядок организации и производства судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз устанавливается в соответствии с законодательством Российской Федерации. Порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, устанавливается Правительством Российской Федерации».

Президент
Российской Федерации
В.ПУТИН

Москва, Кремль
2 февраля 2006 года
№ 23-ФЗ

**Постановление правительства
Российской Федерации
от 17 августа 2007 г. № 522
«Об утверждении правил определения степени
тяжести вреда, причиненного здоровью человека»**

В соответствии со статьей 52 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 33, ст. 1318; Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 35, ст. 3607; 2006, № 6, ст. 640) Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемые Правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.
2. Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:
 - утвердить медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека;
 - давать необходимые разъяснения по применению Правил, утвержденных настоящим Постановлением.

Председатель Правительства
Российской Федерации
М. ФРАДКОВ
УТВЕРЖДЕНЫ
постановлением Правительства
Российской Федерации
от 17 августа 2007 г. № 522

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 ограничен 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, вызвавшегося 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.

**Приказ Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации
от 24 апреля 2008 г. № 194н
«Об утверждении медицинских критериев
определения степени тяжести вреда,
причиненного здоровью человека»**

В соответствии с пунктом 3 Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 года № 522 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 35, ст. 4308),

ПРИКАЗЫВАЮ:

Утвердить Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, согласно приложению.

Министр Т. А. Голикова

ПРИЛОЖЕНИЕ

к приказу

Министерства здравоохранения

и социального развития

Российской Федерации

от 24 апреля 2008 г. № 194н

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 подлинные 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 последипломного 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, ос-кольчатые, 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 δ - и θ -активностью в виде «ствольных всплесков»; 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, глазовдвигательные 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 зрения вверх, тонический спонтанный нистагм, двусторонние патологические рефлексы 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 рожковидного, или трахеальных хрящей;

Перелом щитовидного, или перстневидного, или черпаловидного, или надгортанного, или рожковидного 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 спинального 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 (размождение, 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 лег-

кого, 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 полубоморочное 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 полоски 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 рефлексы 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 межпозвоночного 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 межпозвоночного 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 подбололочечными 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 – вальнеорография – 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: размозжение, 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: размозжение, 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 поджелудоч-

ной 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 межпозвоночного 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 межпозвоночного 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, люмбальной 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 мочевых затеков, 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 ста-

вится 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 Воллюмье); 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»;

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.