

Министерство образования и науки Российской Федерации
Ярославский государственный университет им. П. Г. Демидова
Кафедра уголовного процесса и криминалистики

Р. Ю. Смирнов

**Судебная медицина
(судебно-медицинская оценка
вреда здоровью)**

Учебно-методическое пособие

Ярославль
ЯрГУ
2018

УДК 340.6(075)

ББК Р81я73

С50

Рекомендовано

*Редакционно-издательским советом университета
в качестве учебного издания. План 2018 года*

Рецензент

кафедра уголовного процесса и криминалистики

ЯрГУ им. П. Г. Демидова

Смирнов, Роман Юрьевич.

С50

Судебная медицина (судебно-медицинская оценка вреда здоровью) : учебно-методическое пособие / Р. Ю. Смирнов ; Яросл. гос. ун-т им. П. Г. Демидова. — Ярославль : ЯрГУ, 2018. — 52 с.

В пособии разъяснены существующие медицинские критерии и правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, что способствует их правильной и унифицированной трактовке.

Предназначено для студентов, изучающих дисциплину «Судебная медицина».

УДК 340.6(075)

ББК Р81я73

© ЯрГУ, 2018

1. Процессуальные основы судебно-медицинской экспертной оценки вреда здоровью

Причиненный вред здоровью определяется в соответствии с разделением в уголовном законе¹ и в Кодексе Российской Федерации об административных правонарушениях² на тяжкий, средней тяжести и легкий. Целью такой (трехчленной) градации вреда является дифференциация (в том числе и межотраслевая) ответственности за соответствующее общественно опасное деяние.

В гражданском праве подобного деления нет, поскольку причиненный здоровью человека вред должен быть компенсирован в каждом конкретном случае путем денежного возмещения понесенных в связи с этим убытков³. Кроме того, компенсации подлежит и моральный вред, поскольку причинение вреда здоровью человека обычно связано с его физическими и нравственными страданиями. В связи с этим в гражданском судопроизводстве определение тяжести вреда, причиненного здоровью потерпевшего, не имеет самостоятельного значения и судебно-медицинская экспертиза может не назначаться.

В уголовном и административном судопроизводстве для определения наличия, характера и тяжести вреда, причиненного здоровью человека, обязательно назначается **судебно-медицинская экспертиза**⁴.

Экспертная деятельность в данной сфере детально регламентируется в основном двумя нормативными правовыми актами:

1) постановлением Правительства РФ от 17.08.2007 № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека»⁵;

2) приказом Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н

¹ См. статьи 111, 112, 115 УК РФ.

² Например: примечание к ст. 12.24, а также ч. 6 и 6.1 ст. 20.4 КоАП РФ.

³ О гражданской ответственности за причинение вреда здоровью см. например, статьи 1084, 1085, 1087, 1095–1098 ГК РФ.

⁴ См. ст. 194 УПК.

⁵ Далее — Правила.

«Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека»⁶.

Основанием для проведения экспертизы может служить соответствующее постановление следователя, дознавателя или определение (постановление) суда. В административном процессе, согласно ст. 26.4 КоАП РФ, назначение экспертизы производится путем вынесения определения судьей, органом или должностным лицом, в чьем производстве находится дело.

В задачи судебно-медицинского эксперта при производстве такого вида экспертиз входит разрешение следующих **вопросов**:

- 1) установление наличия (или отсутствия) вреда здоровью и его характер (повреждение, заболевание);
- 2) выяснение причин и механизма возникновения вреда здоровью;
- 3) определение давности возникновения повреждения или заболевания, вызвавшего вред здоровью;
- 4) установление степени тяжести вреда здоровью.

Кроме того, перед экспертом могут быть поставлены и другие вопросы, обусловленные особенностями обстоятельств, при которых был причинен (возник) вред здоровью. Например, выявление конкретного экземпляра орудия травмы, которым были причинены повреждения, и др.

Объектами, подлежащими исследованию, являются: тело человека, а также некоторые материалы дела (прежде всего медицинские документы: амбулаторные карты, истории болезни, рентгеновские снимки (в том числе на электронном носителе)).

После изучения постановления (определения) экспертом сначала устанавливается личность освидетельствуемого (по паспорту или иному документу, удостоверяющему личность). Затем со слов подэкспертного выясняются необходимые для дачи заключения обстоятельства получения повреждений, после чего эксперт приступает собственно к исследованию объектов экспертизы.

Судебно-медицинское исследование организма подэкспертного производится экспертом непосредственно **путем его освидетельствования**.

⁶ Далее — Медицинские критерии.

Изучение других объектов экспертизы носит **второстепенный**, вспомогательный характер, даже если, к примеру, в результате проведения медицинских манипуляций с повреждениями до момента освидетельствования их вид и характер был безвозвратно изменен, а данные о первоначальных характеристиках повреждения остались лишь в медицинских документах. Поэтому производство экспертизы **только** по медицинским документам (истории болезни, амбулаторной карте и др.) допускается лишь в **исключительных случаях**: при невозможности проведения освидетельствования и наличии медицинских документов, содержащих исчерпывающие объективные данные, которые необходимы для производства экспертизы и разрешения поставленных перед экспертом вопросов.

Преимущественное значение имеет изучение экспертом **подлинников** медицинских документов. Однако и эти данные должны быть подвергнуты критическому анализу. Если в медицинских документах **диагноз** повреждения или заболевания (патологического состояния), установлен недостоверно и **не подкреплён объективными данными**, тяжесть вреда здоровью (а иногда и само наличие вреда здоровью) не определяется.

Также **вред здоровью не определяется, если:**

- в процессе судебно-медицинского изучения всевозможных объектов (организма пострадавшего, материалов дела и проч.) **сущность вреда здоровью определить не удастся**;

- на момент обследования живого лица **не ясен исход** не опасного для жизни вреда здоровью;

- **подэкспертный не явился** (или не может быть доставлен) к судебно-медицинскому эксперту либо отказывается от медицинского обследования и это лишает эксперта возможности оценить причиненный вред;

- необходимые медицинские **документы отсутствуют** либо содержащиеся в них сведения недостаточны для оценки причиненного вреда.

В подобных случаях судебно-медицинский эксперт в выводах излагает причины, препятствующие определению вреда здоровью, указывает, какие сведения необходимы ему для решения этого вопроса

(медицинские документы, результаты дополнительных исследований и др.), а также определяет срок повторного освидетельствования.

Мотивированное объяснение невозможности определения вреда здоровью не освобождает эксперта от необходимости решения других вопросов, содержащихся в постановлении о производстве экспертизы.

После проведения всех необходимых исследований эксперт составляет «Заключение эксперта», один экземпляр которого предоставляется лицу, назначившему экспертизу, второй хранится в архиве экспертной организации.

2. Основные понятия и критерии судебно-медицинской оценки вреда здоровью

ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА: здоровьем следует считать психофизическое **состояние** человека, обеспечивающее определенный уровень его адаптации к окружающей среде.

ВРЕД ЗДОРОВЬЮ: под вредом здоровью следует понимать **ухудшение** психофизического состояния человека, снижающее уровень его адаптации к окружающей среде. Вред здоровью может быть связан с повреждением, заболеванием или патологическим состоянием. Одним из обязательных признаков вреда здоровью должна быть его связь с воздействием, т. к. ухудшение психосоматического состояния человека может происходить и «само по себе», например будучи обусловленным старением организма или появлением заболевания⁷. В таких случаях негативные изменения здоровья уже невозможно считать причинением вреда.

ПОВРЕЖДЕНИЕ — это нарушение анатомической целостности и/или функции органов или тканей в результате внешнего воздействия (физического (механического, термического, электрического и др.), химического, биологического и психического).

⁷ Например, гипертонической болезни, атеросклероза и др., возникновение которых не имеет связи с каким-либо внешним влиянием (воздействием).

Критериями оценки вреда здоровью являются:

1) опасность его для жизни человека;

2) характер наступивших последствий:

а) стойкие или невосстановимые (стойкая утрата трудоспособности; утрата зрения, речи, слуха; утрата какого-либо органа либо утрата органом его функций; прерывание беременности; неизгладимое обезображивание лица и др), критерием дальнейшей оценки (градации) тяжести которых является их **степень**;

б) нестойкие (временные) или восстановимые (охватываемые понятием «расстройство здоровья»), критерием дальнейшей оценки (градации) тяжести которых является их **длительность**.

Для определения вреда здоровью и его тяжести необходимо по всем перечисленным критериям установить наличие хотя бы одного признака того или иного вреда. При выявлении нескольких признаков (например, наличие значительной стойкой утраты общей трудоспособности и длительного восстановимого расстройства здоровья) — тяжесть вреда здоровью устанавливается по тому из них, который соответствует вреду большей тяжести.

3. Признаки вреда здоровью различной тяжести

3.1. Признаки тяжкого вреда здоровью

Часть 1 ст. 111 УК РФ гласит: «Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, опасного для жизни человека, или повлекшего за собой потерю зрения, речи, слуха либо какого-либо органа или утрату органом его функций, прерывание беременности, психическое расстройство, заболевание наркоманией либо токсикоманией, или выразившегося в неизгладимом обезображивании лица, или вызвавшего значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть или заведомо для виновного полную утрату профессиональной трудоспособности, — наказывается...».

По ст. 111 УК РФ **тяжким** является вред здоровью:

- опасный для жизни;

- не опасный для жизни, но повлекший за собой хотя бы одно из перечисленных в ст. 111 УК РФ последствий.

Опасный для жизни вред здоровью может быть обусловлен:

- 1) причинением опасного для жизни повреждения;
- 2) возникновением опасного для жизни патологического состояния;
- 3) возникновением опасного для жизни заболевания.

Опасными для жизни считаются такие повреждения, патологические состояния и заболевания, исходом которых **обычно** (часто) является **смерть человека**.

В целях исключения разногласий по поводу отнесения тех или иных видов патологии к опасным для жизни Медицинские критерии содержат исчерпывающие перечни повреждений и состояний, которые должны считаться реально угрожающими жизни.

Однако в некоторых случаях для решения вопроса об отнесении того или иного повреждения или состояния к опасным для жизни, а также для оценки влияния на состояние потерпевшего оказанной ему медицинской помощи может быть проведена комиссионная экспертиза с участием врачей соответствующих специальностей.

Согласно Медицинским критериям к опасным для жизни повреждениям следует относить следующие⁸:

повреждения головы:

- 1) ранение головы, проникающее в полость черепа, в том числе и без повреждения головного мозга;
- 2) переломы костей свода и основания черепа, за исключением переломов костей лицевого скелета и изолированной трещины только наружной пластинки свода черепа;
- 3) тяжелую травму головного мозга (например, ушиб головного мозга тяжелой степени, травматическое внутримозговое кровоизлияние, ушиб головного мозга средней степени или травматическое кровоизлияние под его оболочки при наличии симптомов поражения мозга);

⁸ Перечень приводится в несколько сокращенном и измененном виде с целью оптимального усвоения лицами, не имеющими медицинского образования.

повреждения шеи:

- 4) проникающее (в просвет глотки, или гортани, или трахеи, или пищевода) ранение шеи;
- 5) перелом хряща гортани или трахеи;
- 6) перелом или вывих позвонка шейного отдела позвоночника;
- 7) ушиб шейного отдела спинного мозга с нарушением его функции;

повреждения грудного отдела туловища:

- 8) проникающее (к примеру, в плевральную полость или полость сердечной сорочки) ранение грудной клетки, в том числе без повреждения внутренних органов;
- 9) закрытое повреждение (размозжение, отрыв, разрыв) или ранение органа грудной полости (например, сердца, легкого и др.);
- 10) множественные двусторонние переломы ребер с нарушением целостности каркаса грудной клетки;
- 11) перелом или вывих грудного позвонка с нарушением функции спинного мозга;
- 12) ушиб грудного отдела спинного мозга с нарушением его функции;

повреждения брюшного отдела туловища:

- 13) ранение живота, проникающее в брюшную полость (в том числе без повреждения внутренних органов);
- 14) закрытое повреждение (размозжение, отрыв, разрыв) или ранение органа живота (селезенки, печени и др.);
- 15) перелом или вывих поясничного или крестцового позвонка с нарушением функции спинного мозга;
- 16) ушиб поясничного отдела спинного мозга с нарушением функции спинного мозга;

повреждения тазового отдела туловища:

- 17) повреждение (размозжение, отрыв, разрыв) тазовых органов;
- 18) сквозные повреждения стенки влагалища или прямой кишки;
- 19) двусторонние переломы костей таза;

прочие повреждения:

- 20) рану, проникающую в позвоночный канал;

21) повреждение спинного мозга: полный или неполный перерыв спинного мозга;

22) повреждение (разрыв, отрыв, рассечение и др.) крупных кровеносных сосудов (например, аорты, сонной артерии, плечевой или бедренной артерии) или сопровождающих их магистральных вен;

23) тупую травму «рефлексогенной зоны» (к примеру, области гортани, солнечного сплетения; области наружных половых органов) при наличии объективных данных;

24) тяжелые ожоги (термические, химические, электрические, или лучевые) и отморожения;

25) лучевые поражения, проявляющиеся острой лучевой болезнью тяжелой степени.

Причинение хотя бы одного из подобных повреждений считается причинением опасного для жизни вреда здоровью независимо от последующего реального состояния организма пострадавшего. Часть повреждений, вошедших в данный перечень без учета их влияния на состояние организма, можно считать опасными для жизни потому, что их причинение угрожает развитием угрожающего жизни патологического состояния (то есть вероятность наступления смерти при них еще опосредована вероятностью развития опасного для жизни состояния организма).

Любые повреждения (даже не включенные в перечень опасных для жизни и не являющиеся таковыми в момент их причинения) в силу различных внешних условий могут привести к развитию угрожающего жизни патологического состояния⁹. Такое состояние обусловлено расстройством функции некоторых органов и систем, которое не может быть скорректировано силами самого организма пострадавшего, т. е. без проведения специального комплекса медицинских мер оно неизбежно закончится смертью.

Таким образом, опасное для жизни состояние само по себе является вредом здоровью, непосредственно создающим реальную угрозу жизни.

⁹ Например, длительное кровотечение из неопасной для жизни резаной раны может вызвать развитие угрожающего жизни состояния кровопотери.

К угрожающим жизни состояниям относятся:

- 1) шок тяжелой (III–IV) степени;
- 2) глубокая (II–III степени) кома;
- 3) острая обильная или массивная кровопотеря;
- 4) острая сосудистая недостаточность тяжелой степени или тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения;
- 5) острая тяжелая недостаточность функции легких, сердца, почек, печени и других жизненно важных органов;
- 6) тяжелые инфекционно-гнойные заболевания (например, сепсис, перитонит);
- 7) расстройство кровообращения, приводящее к инфаркту внутреннего органа или гангрене конечности.

Медицинские критерии не содержат перечня опасных для жизни заболеваний, «неслучайное» появление которых позволяло бы говорить о причинении опасного для жизни вреда здоровью. В таких случаях эксперт имеет возможность оценить тяжесть возникшего заболевания **только** исходя из характера и степени нарушения функции пораженных органов (систем): если эти нарушения будут соответствовать какому-либо угрожающему жизни состоянию, то вред здоровью будет признан опасным для жизни.

Если вред здоровью не является опасным для жизни, то он может быть признан тяжким в силу наступления определенных **«тяжких» последствий**. Исчерпывающий перечень таких последствий неопасного для жизни вреда содержится в диспозиции ч. 1 ст. 111 УК РФ, где они являются объективными признаками состава соответствующего преступления. Данные признаки имеют различную природу — медицинскую, социальную, экономическую, что позволяет считать их, по сути, соответственно медицинскими, социальными и экономическими критериями тяжести причиненного вреда здоровью. Однако все они являются последствиями негативного влияния на здоровье человека и поэтому имеют в основном медико-биологическое содержание, которое описывается (расшифровывается) в Медицинских критериях.

В соответствии с ч. 1 ст. 111 УК и Медицинскими критериями неопасный для жизни вред здоровью считается тяжким, если его

последствием (подразумевается наличие причинно-следственной связи!) явилось:

1. **Потеря зрения**, под которой понимают **полную стойкую (постоянную) слепоту на оба глаза**, а равно стойкое снижение **остроты зрения** до 0,04 (что, например, соответствует возможности счета пальцев у лица или светоощущению) и ниже.

Потеря зрения на один глаз так же, как и посттравматическое удаление одного глазного яблока (при отсутствии обезображивания лица), не является потерей зрения, а приводит лишь к его ухудшению, степень которого (относительно исходного уровня) оценивается по критерию стойкой утраты общей трудоспособности. **Потеря одного глаза или утрата функции одного глазного яблока не расценивается как потеря органа или утрата органом его функции соответственно, поскольку глаз является лишь частью зрительного анализатора (который условно можно считать «органом зрения»).**

Потеря слепого (до травмы) глаза не ухудшает зрения человека и при отсутствии обезображивания лица оценивается по длительности расстройства здоровья.

2. **Потеря речи**, под которой понимается потеря способности выражать мысли членораздельными звуками, понятными для окружающих.

3. **Потеря слуха**, под которой понимают **полную стойкую (постоянную) глухоту на оба уха**, а равно стойкое снижение слуха до степени, когда человек не слышит разговорную речь с расстояния 3–5 см от ушной раковины. Экспертный подход в отношении оценки потери слуха на одно ухо аналогичен таковому при потере зрения на один глаз (см. выше).

4. **Потеря какого-либо органа либо утрата органом его функций.** В данном случае речь идет **только о:**

- двигательной функции конечностей (рук и ног);
- производительной способности как совокупной функции целого комплекса органов, в основном входящих в состав половой системы.

Под потерей руки или ноги понимают **отделение их от туловища или стойкую утрату ими функций** (паралич или иное состоя-

ние, исключаящее их активность). Потерю наиболее важной в функциональном отношении части конечности (кисти, стопы) приравнивают к потере руки или ноги.

Под производительной способностью у мужчин понимают способность к совокуплению и оплодотворению, а у женщин — к совокуплению, зачатию, вынашиванию беременности и деторождению.

5. Прерывание беременности, т. е. прекращение ее течения до момента физиологических родов, независимо от срока беременности и судьбы плода (сохранение жизни или гибель)¹⁰. Беременность может прерваться выкидышем, внутриутробной гибелью плода, преждевременными родами или в результате медицинского вмешательства (выскабливание, кесарево сечение и проч.).

6. Психическое расстройство. Причем в соответствии с «буквой закона» характер психического расстройства не влияет на оценку вреда здоровью, его вызвавшего¹¹.

¹⁰ В научной литературе высказывается мнение, что говорить о причинении тяжкого вреда здоровью женщины во всех случаях прерывания беременности вряд ли справедливо. Некоторые авторы полагают, что явно не соответствует тяжести «утрат», о которых говорится в диспозиции ч. 1 ст. 111 УК, ситуация, когда прерывание беременности выражается в нефизиологичном, но благополучном в плане последствий ее завершения (например, при незначительной досрочности родов). В таком случае фактическое расстройство здоровья матери может быть весьма незначительным или отсутствовать вообще, а ребенок может обладать всеми признаками доношенности. В связи с этим в качестве признака тяжкого вреда здоровью предлагается считать прерывание беременности, которое закончилось утратой или лишением «предстоящего материнства» (т. е. гибелью плода).

¹¹ Такое положение подвергается вполне обоснованной критике целым рядом ученых, которые утверждают, что не любые причиненные «психические повреждения» справедливо расценивать как тяжкий вред здоровью, а только болезни (душевные, психические) или иные виды психической патологии, которые имеют *хроническое* течение (т. е. являющиеся стойкими, а в большинстве случаев вообще неизлечимыми) и *резко ограничивают жизнедеятельность* человека (в биологическом или социальном аспекте), т. е. само по себе возникновение психического расстройства по причине негативного воздействия на человека может свидетельствовать лишь о причинении вреда, но не должно предопределять его тяжесть. Последнюю в таких случаях целесообразно диф-

7. Заболевание наркоманией или токсикоманией.

8. неизгладимое обезображение лица.

Данное последствие как признак-следствие тяжкого вреда здоровью имеет и медицинское, и социальное (эстетическое) содержание.

Обезображение является «оценочным», эстетическим признаком, и поэтому его наличие устанавливается **судом**, а не судебно-медицинским экспертом.

При проведении судебно-медицинской экспертизы необходимо учитывать следующие анатомические **границы лица**: верхняя — край волосистого покрова головы в норме, боковые — передние края оснований ушных раковин и задние края ветвей нижней челюсти (однако в судебно-медицинских целях **в границы лица включаются и ушные раковины**), нижняя — нижний край угла и тела нижней челюсти¹².

При повреждениях лица эксперт-медик должен установить, является ли повреждение изгладимым или неизгладимым, а кроме того, определить тяжесть причиненного повреждением вреда здоровью в соответствии со всеми другими критериями (опасность для жизни, стойкая утрата трудоспособности, длительность расстройства здоровья и др.).

Под **изгладимостью** повреждения следует понимать **возможность** исчезновения видимых последствий повреждения или значи-

ференцировать исходя из тех же (отмеченных нами выше) критериев, которые действуют в отношении расстройств «телесного здоровья».

¹² Таким образом, неизгладимое повреждение смежных с лицом участков тела (волосистой части или шеи), а тем более конечностей или туловища, которое может достаточно резко ухудшить «эстетику» облика человека, уже не подпадает под отмеченный выше признак и может быть расценено как легкий вред здоровью. Многие авторы указывают на несправедливость такого положения. В связи с этим в рамках ст. 111 УК РФ предлагается, например, говорить о неизгладимом обезображивании *облика* человека, а не лица, которое имеет четкие анатомические границы. Тогда установление одной из эстетических составляющих рассматриваемого признака тяжкого вреда здоровью (предмета обезображивания) удалось бы полностью вывести из компетенции медиков, которым надлежало бы устанавливать только медицинскую «базу» такого вреда, а именно — неизгладимость.

тельное уменьшение их выраженности (т. е. выраженности рубцов, деформаций, нарушения мимики и пр.) с течением времени самостоятельно или под влиянием **нехирургических** (консервативных) методов (массаж, физиопроцедуры, мази и т. п.). Если же устранение этих последствий возможно лишь путем косметического **оперативного вмешательства**, то такое повреждение считается неизгладимым.

9. Значительная утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть (т. е. **необратимое** снижение более чем на 33 % от первоначальной, условно принимаемой за 100 %).

Стойкая утрата — это необратимая потеря (полная или частичная) функции, которая не восстановится до конца жизни¹³. Поэтому установить наличие стойкой утраты трудоспособности и определить ее степень возможно только при определившемся исходе повреждения или заболевания. 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.

Тем не менее из этого очевидного правила в самих же Медицинских критериях сделан целый перечень исключений (см. пп. 6.11.1–6.11.11). 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:

- 1) открытый или закрытый перелом плечевой кости;
- 2) открытый или закрытый перелом костей, составляющих локтевой сустав;
- 3) некоторые открытые или закрытые переломы-вывихи 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);
- 4) открытый или закрытый перелом вертлужной впадины, со-

¹³ Хотя она может быть частично восполнена или откорректирована медицинскими средствами или методами (к примеру, установкой протеза).

ставляющей тазобедренный сустав;

5) открытый или закрытый перелом бедренной кости;

6) открытый или закрытый перелом костей, составляющих коленный сустав, за исключением надколенника;

7) открытый или закрытый перелом диафиза большеберцовой кости;

8) некоторые открытые или закрытые переломы лодыжек обеих берцовых костей в сочетании с подвывихом или вывихом стопы;

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

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

Таким образом, даже если здоровье (трудоспособность) пострадавшего после причинения таких повреждений полностью восстановилось, вред здоровью будет признан тяжким по критерию стойкой утраты общей трудоспособности.

Степень стойкой утраты общей трудоспособности, выражаемая в процентах (кратных пяти), определяется в соответствии с «Таблицей процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин», прилагаемой к Медицинским критериям.

Трудоспособность — это медико-социальное понятие, определяющее совокупность врожденных и приобретенных способностей человека к действию, направленному на получение социально значимого результата в виде определенного продукта, изделия или услуги¹⁴.

Общей трудоспособностью считается совокупность способностей человека к выполнению неквалифицированной работы и обеспечению самообслуживания (гигиенические процедуры, самостоятельное перемещение в пространстве, прием пищи, надевание одежды,

¹⁴ См.: «Положение о порядке установления врачебно-трудовыми экспертными комиссиями степени утраты профессиональной трудоспособности...», утв. постановлением Правительства РФ от 29.04.1994 № 392.

обуви и т. п.). Однако содержание Медицинских критериев и прилагаемой к ним таблицы процентов утраты общей трудоспособности позволяет толковать последнюю более широко, как **способность всех органов к выполнению своих функций**¹⁵. Поэтому и у детей утрату трудоспособности определяют так же, как у взрослых людей.

10. Полная утрата профессиональной трудоспособности.

Профессиональная трудоспособность — совокупность способностей человека к выполнению 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 16.10.2000 № 789.

Представляется, что этот признак имеет не только (и не столько) медицинское содержание, поэтому его наличие в конечном счете должно определяться следственно-судебными органами. Эксперт-медик должен охарактеризовать и оценить повреждение с медицинской точки зрения, а определить, каким образом оно повлияло на профессиональную деятельность пострадавшего, можно только в рамках расследования. Кроме того, очевидно, что, помимо полной, возможна (и даже более реальна) *частичная* утрата (т. е. ограничение) профессиональных качеств пострадавшего. Однако меру (объем) такого ограничения невозможно адекватно учесть в рамках существующих в уголовном законе признаков вреда здоровью.

Таким образом, наступление перечисленных последствий должно иметь непосредственную причинно-следственную связь с внешним вредоносным воздействием на здоровье человека,

¹⁵ Так, например, невозможно «притянуть» ни к трудоспособности, ни к способности к самообслуживанию, ни даже к способности к действию такие отмеченные в таблице последствия, как отсутствие части ушной раковины, кончика или крыла носа и связанное с этим нарушение внешнего вида лица, перелом коронки или потеря 2–3 зубов, удаление желчного пузыря, удаление части брыжейки, сужение мочеиспускательного канала, удаление части копчика и др.

т.е. эксперту необходимо установить:

- факт внешнего воздействия;
- наличие хотя бы одного из указанных состояний;
- причинно-следственную связь между ними (или опровергнуть ее существование).

3.2. Признаки средней тяжести вреда здоровью

Часть 1 ст. 112 УК РФ гласит: «Умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью, не опасного для жизни человека и не повлекшего последствий, указанных в ст. 111 настоящего Кодекса, но вызвавшего длительное расстройство здоровья или значительную стойкую утрату общей трудоспособности менее чем на одну треть, — наказывается...».

Таким образом, по смыслу ст. 112 УК РФ признаками вреда здоровью средней тяжести являются:

- **отсутствие** признаков тяжкого вреда здоровью (опасности для жизни и «тяжких» последствий, перечисленных в диспозиции ч. 1 ст. 111 УК РФ);

- **наличие** после причиненного вреда длительного расстройства здоровья или значительной стойкой утраты общей трудоспособности менее чем на одну треть.

Исходя из этого судебно-медицинскому эксперту необходимо в первую очередь **опровергнуть наличие** «медицинских» признаков тяжкого вреда здоровью (точнее — медицинской составляющей признаков ч. 1 ст. 111 УК РФ), а затем **установить наличие** указанных признаков вреда средней степени тяжести.

В соответствии с УК и положениями Медицинских критериев, **нетяжкий** вред здоровью считается вредом средней степени тяжести, если **в результате него** (подразумевается наличие причинно-следственной связи!):

1. Произошла стойкая значительная утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть (т. е. произошло ее необратимое снижение менее чем на 33 % от первоначальной, условно принимаемой за 100 %). Причем значительной считается утрата не менее 10 % трудоспособности. Таким образом, «диапазон утрат» трудо-

способности, соответствующий вреду средней степени тяжести, можно обозначать **10–33 процентами включительно**.

2. Возникло длительное (более 21 дня) расстройство здоровья, под которым следует понимать **временное восстановимое** (в основном силами самого организма) ухудшение (вплоть до потери) функции тех или иных органов человеческого организма. В отличие от стойкой утраты функции, восполнить которую можно лишь **искусственными** медицинскими (или медико-техническими) средствами и методами¹⁶, временное расстройство компенсируется и восстанавливается в основном силами самого организма, т. е. **естественным** путем¹⁷. Хотя медицина чаще всего не оставляет организм наедине с возникшей патологией, а участвует в его борьбе за восстановление здоровья. Например, накладывая гипс, медик лишь способствует течению естественного процесса — заживлению перелома.

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. 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.

В некоторых случаях, несмотря на то что повреждение еще полностью не зажило, эксперты констатируют восстановление функциональных способностей организма человека (т. е. ограни-

¹⁶ Например, протезирование при ампутации.

¹⁷ Например, заживление.

чений жизнедеятельности) и, соответственно, окончание течения срока временного расстройства здоровья. Так, окончательная консолидация костей после перелома происходит в срок более 21 дня, однако длительность связанных с переломом функциональных ограничений может быть и кратковременной (например, при некоторых переломах костей носа), что является основанием для вывода о причинении легкого вреда здоровью.

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. При этом следует учитывать «Рекомендации "Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10)"» (письмо Фонда социального страхования РФ от 01.09.2000 № 02-18/10-5766).

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 с хроническим заболеванием, учитывая при определении степени тяжести вреда здоровью только продолжительность посттравматического нарушения.

В случае выполнения хирургической операции с целью устранения последствий травмы 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.

При предположительном диагнозе, когда отсутствуют объективные признаки травмы, пострадавшего могут поместить в стационар для клинического наблюдения. Если такие признаки не появились, то время пребывания в стационаре не включается в длительность расстройства здоровья.

3.3. Признаки легкого вреда здоровью

Часть 1 ст. 115 УК РФ гласит: «Умышленное причинение легкого вреда здоровью, вызвавшего кратковременное расстройство здоровья или незначительную стойкую утрату общей трудоспособности, — наказывается...».

По смыслу уголовного закона признаками легкого вреда здоровью являются:

- **отсутствие** признаков тяжкого вреда здоровью (опасности для жизни и «тяжких» последствий, перечисленных в диспозиции ч. 1 ст. 111 УК РФ);

- **наличие** после причиненного вреда кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности.

В соответствии с УК и положениями приказа нетяжкий вред здоровью считается легким, если **в результате него** (подразумевается наличие причинно-следственной связи!):

- 1) произошла стойкая **незначительная** утрата общей трудоспособности. Незначительной считается утрата менее 10 % трудоспособности (т. е. ее необратимое снижение менее чем на 10 % от первоначальной, условно принимаемой за 100 %). Таким образом, «диапазон утрат» трудоспособности, соответствующий вреду средней степени тяжести можно обозначать 0–9 процентами включительно;

- 2) возникло **кратковременное** (менее 21 дня включительно) расстройство здоровья. «Минимальным» признаком причиненного расстройства здоровья выступает само появление (в результате воздействия) ограничения жизнедеятельности человека. Поскольку

длительность временной нетрудоспособности (как одного из основных показателей дезадаптации) измеряется днями (сутками), то минимальная продолжительность расстройства здоровья может составлять одни сутки.

Особенности определения отмеченных признаков и их содержание соответствуют аналогичным признакам тяжкого (стойкая утрата общей трудоспособности) и средней степени тяжести (стойкая утрата общей трудоспособности и расстройство здоровья) вреда здоровью, о которых говорилось ранее.

3.4. Побои

Статья 6.1.1. КоАП РФ (введена федеральным законом от 03.07.2016 № 326-ФЗ) регламентирует **административную ответственность** за нанесение побоев или совершение иных насильственных действий, **причинивших физическую боль**, но не повлекших последствий, указанных в статье 115 Уголовного кодекса Российской Федерации (т.е. не причинивших вреда здоровью), если эти действия не содержат уголовно наказуемого деяния.

Уголовная ответственность за такие действия наступает, только если они совершены:

1) из хулиганских побуждений, а равно по мотивам политической, идеологической, расовой, национальной или религиозной ненависти или вражды либо по мотивам ненависти или вражды в отношении какой-либо социальной группы (**см. ст. 116 УК РФ**), либо

2) лицом, подвергнутым административному наказанию за аналогичное деяние (при отсутствии признаков, предусмотренных ст. 116 УК) (**см. ст. 116¹ УК РФ**).

Побои — это удары. Их (наряду с «иными насильственными действиями») можно рассматривать как способ причинения повреждений и/или физической боли.

Чаще всего при нанесении ударов (или удара) на теле пострадавшего образуются повреждения (повреждение), характер которых:

- может обуславливать (при наличии соответствующих признаков) причинение вреда здоровью (любой степени тяжести). В таких

случаях нанесение ударов (побои) является **способом** причинения вреда здоровью и не подлежат самостоятельной экспертной оценке; либо

- может не обуславливать (при отсутствии соответствующих признаков) причинение вреда здоровью. Речь идет о незначительных повреждениях (таких как единичные необширные ссадины и кровоподтеки (гематомы), единичные необширные поверхностные раны и др.), которые вообще не влекут расстройства здоровья¹⁸. В таких случаях повреждения рассматриваются экспертом лишь как свидетельство механического воздействия на тело пострадавшего. Эксперт описывает их, делает вывод о свойствах воздействовавшего предмета, механизме его действия и давности травмы, а также отмечает отсутствие вреда здоровью.

В ряде случаев побои (или иные насильственные действия) могут вообще не оставлять после себя никаких объективно выявляемых повреждений. Это лишает возможности экспертным путем (объективно) установить сам факт механического воздействия

В силу невозможности объективно подтвердить или опровергнуть наличие болевых ощущений при причинении повреждений оно чаще всего презюмируется.

4. Основные правила судебно-медицинской оценки вреда здоровью

Само по себе знание критериев и признаков вреда здоровью недостаточно для успешного применения этих знаний в юридической практике и при решении студентами конкретных ситуационных задач. Необходимо научиться корректно использовать эти знания, ру-

¹⁸ 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, «расстраивают» здоровье пострадавшего и должны оцениваться по критерию длительности этого расстройства.

ководствуясь определенными правилами, нарушение которых грозит ошибкой в определении реального вреда, причиненного здоровью человека. Ниже приводятся основные из них.

1. Для установления наличия вреда здоровью и определения его тяжести необходимо подвергнуть оценке воздействие на человека внешнего фактора с использованием всех существующих критериев. Если при этом будет установлено наличие нескольких признаков вреда здоровью, то его тяжесть в конечном итоге устанавливается в соответствии с признаком более тяжкого вреда.

Между тем, выявив несколько 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 влиять на ответственность виновного. Она, например, может быть различна в случаях, 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.

2. При неоднократных негативных (травматических) воздействиях на человека влияние на здоровье каждого из них оценивается отдельно, однако, например, в случаях, когда они взаимно отягощают друг друга, производят их совокупную оценку.

Эта задача встает перед экспертом чаще всего 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 наличия опасности для жизни), а не проникающие

в полость брюшины повреждения будут оцениваться в зависимости от наличия и характера другого признака — 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 длительности расстройства здоровья.

Несколько повреждений могут образоваться и в результате однократного воздействия, например закрытая тупая травма грудной клетки в виде разрыва левого легкого, переломов V–VI левых ребер и обширного кровоподтека. Поскольку воздействие было однократным, то только оно и подлежит оценке, т. е. возникшие при этом повреждения (сколько бы их ни было) должны оцениваться 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 в отношении каждого повреждения.

3. При повреждении части тела с полностью или частично ранее (до травмы) утраченной функцией учитывают только последствия травмы.

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, нарушение иммунитета и т. п.) на клиническое течение оцениваемой травмы и степень нарушенных дополнительных функций. Устанавливая причинную связь между причиненным вредом здоровью и оцениваемой травмой, эксперт обязан не только формально ограничиться установлением 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.

4. При посмертном определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, эксперту необходимо руководствоваться теми же критериями (поскольку вред причинялся еще живому человеку), но учитывать некоторые особенности определения его признаков.

Наличие **опасности для жизни** устанавливается:

- если (независимо от причины смерти) эксперт при исследовании трупа обнаруживает анатомическое повреждение, считающееся опасным для жизни, либо в медицинских документах зафиксирована клиническая картина угрожающего жизни состояния, являющегося следствием причиненного вреда;

- если причиненное повреждение само по себе или вследствие закономерно развившегося патологического состояния явилось причиной смерти (в данном случае смертельный исход, являясь как бы «реализованной опасностью для жизни», подтверждает ее наличие).

Наличие **определенного наступившего невосстановимого последствия** (даже если смерть наступила вскоре после причиненного вреда) устанавливается:

- если имеются анатомические признаки потери зрения, речи, слуха, производительной способности или конечности, неизгладимого повреждения лица, а также если в медицинских документах имеются сведения об утрате хотя бы одной из соответствующих функций или о возникновении психического расстройства, заболевания наркоманией или токсикоманией;

- если имеются анатомические признаки той или иной степени стойкой утраты общей трудоспособности.

Наличие восстановимого **расстройства здоровья** той или иной длительности приходится устанавливать исходя из характера обнаруженного при исследовании трупа повреждения и срока наступления смерти относительно момента его причинения;

- если обнаруженное повреждение таково, что у живых людей оно обычно не вызывает расстройство здоровья и объективных данных (например, медицинских документов), свидетельствующих об обратном, не имеется, то эксперт делает вывод об отсутствии расстройства здоровья;

- если обнаруженное повреждение таково, что у живых людей оно всегда вызывает расстройство здоровья, то эксперт может ориентироваться на его заживление/не заживление либо на средние сроки заживления подобных повреждений у живых людей. В таких случаях:

- если смерть наступила в течение 21 дня после причинения повреждения, а его заживления еще не произошло, то эксперт определяет длительность расстройства здоровья (и причиненный вред) исходя из средних сроков заживления подобных повреждений у живых людей. Если же повреждение зажило, то делается вывод, что причинен легкий вред, поскольку длительность расстройства здоровья не превысила 21 день;

- если смерть наступила в сроки, превышающие 21 день после причинения повреждения, а его заживления еще не произошло, то делается вывод, что причинен вред средней тяжести, поскольку длительность расстройства здоровья составляет более 21 дня. Если же повреждение зажило, то эксперт определяет длительность расстройства здоровья (и причиненный вред) исходя из средних сроков заживления подобных повреждений у живых людей.

Таким образом, посмертная оценка вреда проводится по результатам полного судебно-медицинского исследования трупа и данным, характеризующим состояние здоровья умершего до травмы, в связи с травмой и после травмы, зафиксированным в медицинских документах. А при отсутствии таких данных — только исходя из анатомических характеристик обнаруженных повреждений и (при необходимости использовании признака расстройства здоровья) их обычного влияния здоровье живых людей, с обязательным указанием на то в сформулированных экспертом выводах.

Контрольные вопросы

1. Какими нормативными актами регламентируется деятельность по определению вреда здоровью человека?
2. Что является основанием для производства судебно-медицинской экспертизы вреда здоровью?
3. Какие вопросы ставятся перед экспертом, оценивающим вред здоровью?
4. Каков общий порядок проведения экспертизы по определению вреда здоровью?
5. В каких случаях эксперт не определяет вред здоровью?
6. Что следует понимать под вредом здоровью?
7. Каково судебно-медицинское понятие повреждения?
8. Каковы критерии оценки вреда здоровью?
9. Каковы признаки тяжкого вреда здоровью?
10. Каковы признаки вреда здоровью средней степени тяжести?
11. Каковы признаки легкого вреда здоровью?
12. Что следует понимать под побоями?
13. Каково определение понятия «опасный для жизни вред здоровью», признаки такового?
14. Каково содержание понятий «расстройство здоровья», «стойкая утрата общей трудоспособности», «полная утрата профессиональной трудоспособности»?
15. Что такое «неизгладимое обезображение лица» и каковы задачи судебно-медицинского эксперта при установлении вреда здоровью в случаях повреждений лица?
16. В каких случаях судебно-медицинский эксперт может определить тяжесть вреда здоровью при судебно-медицинском исследовании трупа и обнаруженных при этом повреждений?

Список литературы

1. Уголовный кодекс Российской Федерации. — М., 2018.
2. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации. — М., 2018.
3. Гражданский кодекс Российской Федерации. — М., 2018.
4. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации. — М., 2018.
5. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях. — М., 2018.
6. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹⁹.
7. Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».
8. Постановление Правительства РФ от 17.08.2007 № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».
9. Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».
10. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».
11. Письмо Фонда социального страхования РФ от 01.09.2000 № 02-18/10-5766 (Рекомендации «Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10)»).
12. Авдеев, М. И. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц / М. И. Авдеев. — М., 1968.

¹⁹ Тексты названных нормативных актов доступны в базах СПС «КонсультантПлюс».

13. Акопов, В. И. Судебная медицина в вопросах и ответах : практическое пособие для юристов, врачей и студентов / В. И. Акопов. — Ростов н/Д., 2008.

14. Альшевский, В. В. Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью в современном уголовном судопроизводстве : процессуальные аспекты, метод. принципы и формально-логич. алгоритмы / В. В. Альшевский. — М., 2004.

15. Бедрин, Л. М. О содержании и трактовке понятий «здоровье», «вред здоровью», и критериев степени их тяжести (применительно к проекту нового Уголовного кодекса РФ / Л. М. Бедрин // Судебно-медицинская экспертиза. — 1996. — № 3. — С. 19–21.

16. Бедрин, Л. М. Опасные для жизни повреждения / Л. М. Бедрин, Ю. А. Кудачков. — Ярославль, 2000.

17. Векленко, В. Уголовно-правовой анализ понятия «вред здоровью» / В. Векленко, М. Галюкова // Уголовное право. — 2007. — № 1. — С. 7–11.

18. Калинин, Ю. П. О комплексной судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизе степени тяжести вреда здоровью от повреждений, повлекших психические расстройства : информ. письмо / Ю. П. Калинин. — М., 1998.

19. Капустин, А. В. К судебно-медицинской экспертизе стойкой утраты трудоспособности / А. В. Капустин // Судебно-медицинская экспертиза. — 1993. — № 3. — С. 7–9.

20. Капустин, А. В. Об определении общей и профессиональной трудоспособности / А. В. Капустин // Судебно-медицинская экспертиза. — 2003. — № 32. — С. 7–9.

21. Комментарий к нормативным правовым документам, регулирующим порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека / [Г. Заславский др.]. — СПб., 2008.

22. Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью : руководство / В. А. Клевно и др. — М., 2009.

23. Клевно, В. А. О необходимости разработки специального

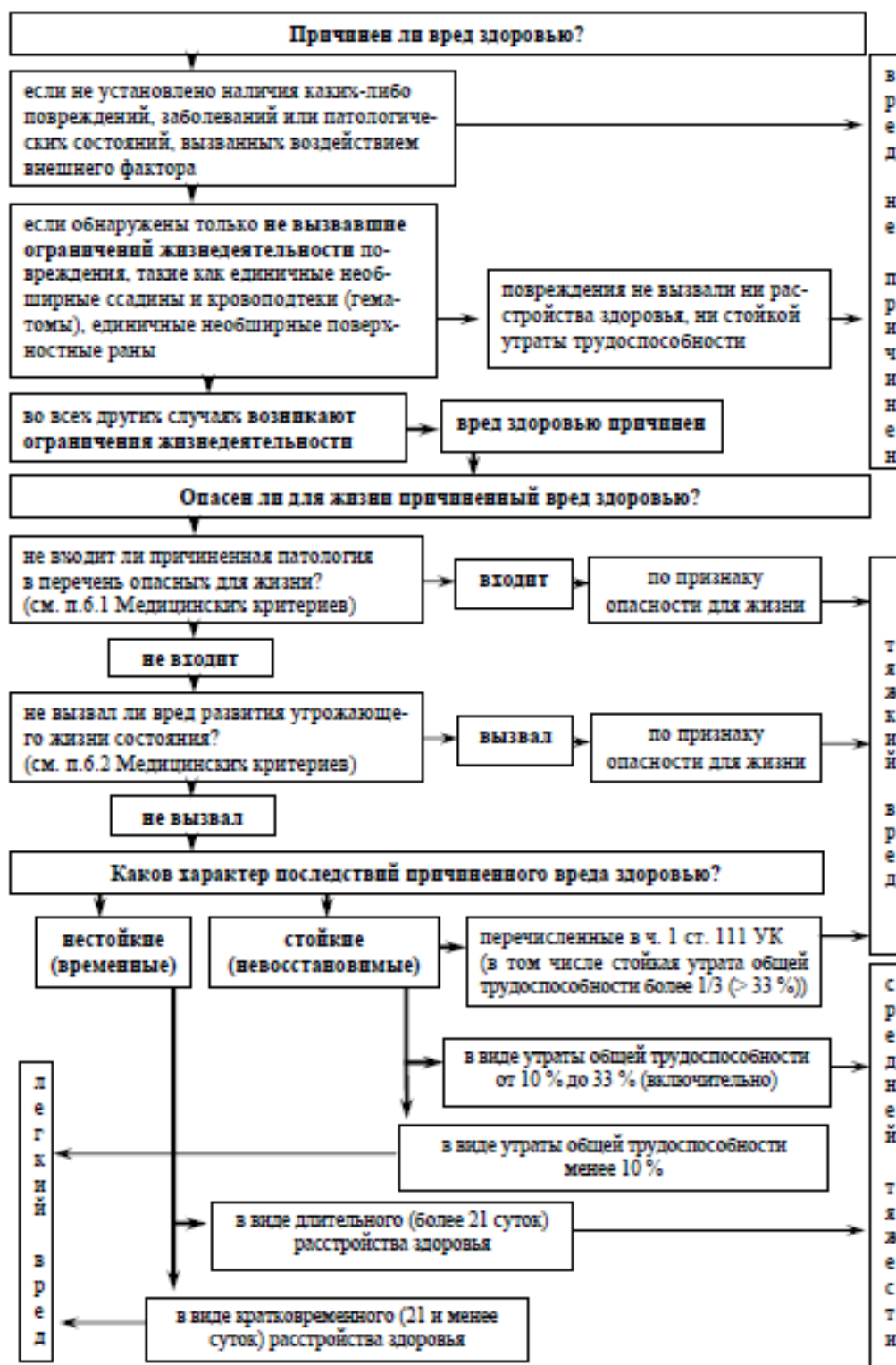
перечня медицинских критериев к квалифицирующему признаку «психическое расстройство» / В. А. Клевно, А. А. Ткаченко, Е. Ю. Яковлева, А. М. Аккалаев // Судебно-медицинская экспертиза. — 2008. — № 6. — С. 3–7.

24. Попов, В. Л. Определение тяжести вреда здоровью (основные понятия, судебно-медицинская оценка): практ. пособие / В. Л. Попов, Г. И. Заславский. — СПб., 2000.

25. Судебно-медицинская экспертиза по определению тяжести вреда здоровью: метод. указ. / сост. В. В. Смирнов. — Ярославль, 2004.

26. Хохлов, В. В. Судебно-медицинская экспертиза тяжести вреда здоровью / В. В. Хохлов. — Смоленск, 1997.

Алгоритм судебно-медицинской оценки вреда здоровью



***Примеры формулировки выводов
по результатам судебно-медицинской оценки вреда здоровью***

1. Тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни

1. Гр-ну А. причинено проникающее ранение черепа в виде (вдавленного, дырчатого, многооскольчатого и др.) перелома костей мозгового черепа (с повреждением, без повреждения вещества головного мозга). Этот перелом причинен воздействием тупого (колюще-режущего, рубящего) предмета (выстрелом огнестрельного оружия). Имеющееся у гр-на А. повреждение (перелом костей черепа) является опасным для жизни и по этому признаку вред, причиненный здоровью гр-на А., относится к тяжкому.

2. У гр-на Б. имелся закрытый перелом правого бедра, осложнившийся шоком IV степени. Этот перелом был причинен воздействием тупого твердого предмета, возможно выступающей частью (бампером) движущегося автомобиля, вызвал угрожающее жизни состояние и по этому признаку относится к тяжкому вреду здоровья.

3. Гр-ке С. было причинено сдавление шеи тупым твердым предметом, возможно руками постороннего человека, приведшее к развитию острой дыхательной недостаточности тяжелой степени, расстройству мозгового кровообращения (длительная потеря сознания, кровоизлияния в слизистые глаз, ретроградная амнезия), которые относятся к угрожающим жизни состояниям, что дает основание отнести причиненный здоровью гр-ки С. вред к тяжкому.

4. У гр-ки А. при производстве ей искусственного аборта произошла преждевременная отслойка плаценты, что привело к развитию газовой эмболии сосудов большого круга кровообращения, (в частности, сосудов головного мозга), являющейся угрожающим жизни состоянием и по этому признаку вред, причиненный здоровью гр-ки А., относится к тяжкому.

5. По данным представленной медицинской документации гр-ну Ш. была причинена закрытая травма груди: переломы 3, 4, 5 рёбер слева с повреждением лёгкого, развитием левостороннего гидропнев-

моторакса (наличие жидкости и воздуха в левой плевральной полости). Указанная травма является опасной для жизни, и по этому признаку вред здоровью, причинённый гр-ну Ш., относится к тяжкому.

II. Не опасный для жизни вред здоровью, являющийся тяжким по последствиям

1. Гр-ну Н. был причинен химический ожог (кислотой) обоих глаз, исходом которого явилось снижение остроты зрения на оба глаза до 0,02. Снижение остроты зрения до 0,04 и менее приравнивается к его полной потере. Это дает основание заключить, что гр-ну Н. причинен тяжкий вред здоровью по признаку потери зрения.

2. Гр-ну К. был причинен травматический отрыв левой ноги на уровне нижней 1/3 бедра, что привело к анатомической потере нижней конечности. Таким образом, по признаку утраты органа вред, причиненный здоровью К., относится к тяжкому.

3. Гр-ке И., у которой была беременность 13 недель, было причинено несколько последовательных ударов тупым твердым предметом в нижнюю часть живота. Через короткое время у гр-ки И. началось маточное кровотечение, которое не удалось остановить в гинекологическом отделении, и ей был произведен медицинский аборт. Таким образом, причинение повреждений гр-ке И. повлекло прерывание беременности, и по этому признаку причиненный ее здоровью вред относится к тяжкому.

4. Гр-ну Е. был причинен закрытый оскольчатый перелом правой локтевой кости, исходом которого явилось образование ложного сустава. Это (в соответствии с таблицей процентов стойкой утрате общей трудоспособности) влечет стойкую утрату общей трудоспособности в размере 40 процентов, т. е. более 1/3. Таким образом, вред, причиненный здоровью гр-на Е., по признаку стойкой значительной утраты общей трудоспособности более 1/3 является тяжким.

5. Гр-ке К. был причинен закрытый перелом левой ключицы в средней трети, с повреждением плечевого нервного сплетения. Указанная травма не является опасной для жизни, однако привела к развитию паралича (полному отсутствию активных движений) левой руки, что расценивается как утрата органом его функции, и по этому признаку вред здоровью, причинённый гр-ке К., относится к тяжкому.

6. Гр-ке Т. был причинен закрытый полный косопоперечный оскольчатый перелом нижней трети правой плечевой кости со смещением. Вышеуказанное повреждение, как вызывающее значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на 1/3, независимо от исхода и оказания (неоказания) медицинской помощи, относится к тяжкому вреду. Таким образом, несмотря на то, что после заживления перелома здоровье (и общая трудоспособность) гр-ки Т. восстановилось, вред, причиненный ее здоровью, относится к тяжкому по признаку стойкой утраты общей трудоспособности более чем на 1/3.

III. Вред здоровью средней тяжести

1. Гр-ну Ч. был причинен закрытый оскольчатый перелом левой малоберцовой кости, что привело к временному расстройству его здоровья на 4 недели. Таким образом, вред, причиненный здоровью гр-на Ч., по признаку длительного расстройства здоровья (более 21 дня) относится к средней степени тяжести.

2. У гр-на Р. произошел травматический отрыв первого пальца правой кисти в результате воздействия твердого тупого предмета. Данная травма привела к стойкой утрате общей трудоспособности в размере 20 процентов (в соответствии с таблицей процентов стойкой утрате общей трудоспособности), т. е. менее 1/3. Таким образом, вред, причиненный здоровью гр-на Р., по признаку стойкой значительной утраты общей трудоспособности менее 1/3 является вредом средней степени тяжести.

3. По данным представленной медицинской документации, гр-ну Я. была причинена закрытая черепно-мозговая травма: множественные ссадины головы и лица, ушиб головного мозга лёгкой степени (при анализе представленной медицинской документации экспертом-врачом-нейрохирургом Е. у гр-на Я. получены объективные признаки ЗЧМТ: ушиба головного мозга лёгкой степени), которая повлекла длительное (более 21 дня) расстройство здоровья, и по этому признаку вред здоровью, причинённый гр-ну Я., относится к вреду средней тяжести.

4. Гр-ке Б. была причинена травма левого глаза: колото-резаная рана верхнего века и роговицы, проникающая в полость

глазного яблока, выпадение его оболочек и хрусталика, повреждение сетчатки. Исходом данной травмы в настоящее время явилась полная слепота на левый глаз, что привело к значительной стойкой утрате общей трудоспособности гр-ки Б. в размере 20 %, поскольку острота зрения на левый глаз до травмы была равна 0,1. Таким образом, по признаку значительной стойкой утраты общей трудоспособности менее чем на одну треть вред, причинённый гр-ке Б., относится к вреду средней тяжести.

IV. Легкий вред здоровью

1. У гр-на Т. имелся закрытый перелом носовых костей без смещения, что привело к временному расстройству его здоровья на 2 недели. Таким образом, вред, причиненный здоровью гр-на Т., по признаку кратковременного расстройства здоровья (менее 21 дня) относится к легкому.

2. У гр-ки Г. обнаружено: а) ушибленная рана в лобной области, которая повлекла кратковременное (менее 21 дня) расстройство здоровья, и по этому признаку вред здоровью, причинённый гр-ке Г., относится к лёгкому; б) кровоподтёк на веках левого глаза, который не повлёк расстройства здоровья (вреда здоровью).

3. Гр-ну Л. был причинен удар твердым тупым предметом в область ногтевой фаланги III пальца правой кисти, что повлекло за собой ее раздробление и ампутацию ногтевой фаланги пальца. Это (в соответствии с таблицей процентов стойкой утраты общей трудоспособности) влечет стойкую утрату общей трудоспособности в размере 5 процентов. Поскольку такая утрата общей трудоспособности считается незначительной, то вред, причиненный здоровью гр-на Л., по признаку стойкой незначительной утраты общей трудоспособности является легким.

4. Гр-ну М. воздействиями твердых тупых предметов были причинены обширные множественные ссадины и массивные кровоподтеки лица и правого плеча. Эти повреждения повлекли за собой расстройство его здоровья продолжительностью в 3 дня. Таким образом, вред, причиненный здоровью гр-на М., по признаку кратковременного расстройства здоровья (менее 21 дня) относится к легкому.

5. При судебно-медицинском освидетельствовании у гр-ки Б.

обнаружена травма правой руки: подкожная гематома и ссадина на правом плече с переходом на область локтевого сустава и предплечье, движения в локтевом суставе ограничены, болезненны. Данная травма повлекла за собой кратковременное расстройство здоровья, и по этому признаку вред здоровью, причинённый гр-ке Б., относится к легкому.

V. Отсутствие (непричинение) вреда здоровью

1. При судебно-медицинском освидетельствовании у гр-на У. были обнаружены 3 поверхностные ссадины (царапины) и два кровоподтёка размерами до 2х1 см на правом бедре. Данные повреждения возникли от воздействия твёрдого тупого предмета (предметов), они не вызвали расстройства здоровья гр-на У., а следовательно, вреда его здоровью не причинено.

2. По данным судебно-медицинского освидетельствования и представленной медицинской документации, гр-ке Т. были причинены кровоподтёки на левом плече, в правой лобной области, ссадины на правой руке, которые не повлекли расстройства здоровья, а следовательно, вреда ее здоровью не причинено.

3. Выставленный в представленной медицинской документации диагноз «Закрытая черепно-мозговая травма: перелом костей свода черепа, ушиб головного мозга лёгкой степени» не подтверждён объективными клиническими данными (перелом костей свода черепа не подтверждён рентгенологически), поэтому состояния, обозначенные данным диагнозом, экспертной оценке для определения тяжести причинённого вреда здоровью не подлежат. Амбулаторное лечение и его длительность в данном случае является тактикой лечащего врача.

4. У гр-ки С. были обнаружены двусторонние рецидивирующие субдуральные гематомы в лобных областях головного мозга, которые являются проявлением хронического заболевания — цереброваскулярной болезни на фоне патологии сердечно-сосудистой системы. Вышеуказанное хроническое заболевание возникло задолго до событий 17.02.2013 и в прямой причинно-следственной связи с полученной травмой не состоит.

5. В представленной медицинской документации отсутствуют

сведения о наличии у гр-на К. каких-либо телесных повреждений.

Выставленный в представленной медицинской документации диагноз «Закрытая черепно-мозговая травма: сотрясение головного мозга» не подтверждён объективными клиническими данными, поэтому состояние, обозначенное данным диагнозом, экспертной оценке для определения тяжести причинённого вреда здоровью не подлежит.

6. По данным представленной медицинской документации, гр-ке Л. была причинена травма головы, о чём свидетельствует наличие неврологической симптоматики. Однако ответить на вопросы о характере, механизме и давности образования повреждений, а также степени тяжести причиненного вреда здоровью не представляется возможным, т. к. в представленной медицинской документации отсутствует подробное описание повреждений и объективных клинических данных.

**Таблица процентов стойкой утраты общей трудоспособности
в результате различных травм, отравлений
и других последствий воздействия внешних причин***

Таблица приводится в сокращенном и несколько измененном виде с целью иллюстрации различной степени тяжести вреда здоровью, обусловленной наличием некоторых невосстановимых последствий воздействия внешнего повреждающего фактора.

<i>Некоторые невосстановимые последствия воздействия внешнего повреждающего фактора</i>		<i>Процент стойкой утраты общей трудо- способности</i>
ЗРЕНИЕ		
Опущение века (птоз) и параличи глазных мышц, дефект век, мешающий закрытию глазной щели, а также сращение век:		
а) одного глаза:		
веко закрывает (не закрывает) зрачок до половины		10
веко закрывает (не закрывает) зрачок полностью		20
б) обоих глаз:		
веки закрывают (не закрывают) зрачки до половины		25
веки закрывают (не закрывают) зрачки полностью		50
Полная потеря:		
а) единственного глаза, обладавшего зрением		65
б) обоих глаз, обладавших зрением		100
Удаление в результате травмы глазного яблока, не обладавшего зрением		5
Снижение остроты зрения каждого глаза в результате прямой травмы:		
Острота зрения до травмы	Острота зрения после травмы	
1,0	0,9–0,6	5

* Используется при определении степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека, по медицинскому критерию стойкой утраты общей трудоспособности.

<i>Некоторые невосстановимые последствия воздействия внешнего повреждающего фактора</i>		<i>Процент стойкой утраты общей трудо- способности</i>
	0,5–0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	25
	0,09–0,05	30
	0,04 и ниже	35
0,5	0,4	5
	0,3	5
	0,2	10
	0,1	10
	0,09–0,05	15
	0,04 и ниже	20
Примечания:		
1. При отсутствии или противоречивости сведений об остроте зрения до травмы следует ориентироваться на остроту зрения неповрежденного глаза.		
2. К полной слепоте приравнивается острота зрения, равная 0,04 и ниже.		
3. При удалении глазного яблока, обладавшего до повреждения зрением, а также сморщивании его величина стойкой утраты общей трудоспособности увеличивается на 10 процентов.		
СЛУХ		
Отсутствие до $\frac{1}{3}$ части ушной раковины, вызывающее деформацию		5
Отсутствие одной ушной раковины или её части ($\frac{1}{3}$ и более)		15
Отсутствие двух ушных раковин		30
Понижение слуха одного уха:		
а) шепотная речь на расстоянии не более 1 м, разговорная — от 1 до 3 м		5
		15
б) шепотная речь — 0, разговорная — до 1 м		25
в) полная глухота — шепотная и разговорная речь — 0		
ДЫХАНИЕ		
Отсутствие носа (костей, хряща и мягких тканей)		70
Отсутствие крыльев и кончика носа		40

<i>Некоторые невосстановимые последствия воздействия внешнего повреждающего фактора</i>	<i>Процент стойкой утраты общей трудо- способности</i>
Отсутствие кончика или крыла носа	10
Нарушение носового дыхания в результате травмы:	
а) одностороннее	5
б) двухстороннее	10
в) одностороннее отсутствие носового дыхания	15
г) двухстороннее отсутствие носового дыхания	30
Удаление части лёгкого	40
Удаление лёгкого	65
Деформация грудной клетки в результате множественных переломов рёбер, грудины:	
а) с умеренным ограничением подвижности при акте ды- хания	20
б) со значительным ограничением подвижности при акте дыхания	35
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА	
Нарушение акта жевания в результате перелома скуловой кости, верхней или нижней челюсти, а также вывиха ниж- ней челюсти:	
а) умеренное нарушение прикуса и акта жевания	10
б) значительное нарушение прикуса и акта жевания	15
в) резкое нарушение прикуса и открывания рта, деформа- ция челюсти	20
Повреждения языка (ранение, ожог, отморожение), повлек- шие за собой:	
а) наличие грубых рубцов, вызывающих затруднение при приёме пищи	5
б) отсутствие языка на уровне дистальной трети (кончика)	15
в) отсутствие языка на уровне средней трети	35
г) отсутствие языка на уровне корня или полное отсутствие языка	70
Потеря постоянных зубов:	
а) 1 зуба	—
б) 2–3 зубов	5
в) 4–6 зубов	10
г) 7–10 зубов	20

<i>Некоторые невосстановимые последствия воздействия внешнего повреждающего фактора</i>	<i>Процент стойкой утраты общей трудо- способности</i>
д) 11 и более зубов <i>Примечания:</i> 1. Перелом зуба в результате травмы приравнивается к его потере. 2. При потере в результате травмы протезированных несъёмными протезами зубов процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется с учётом потери только опорных зубов. При потере в результате травмы съёмных протезов процент стойкой утраты общей трудоспособности не определяется. 3. При потере молочных зубов у детей процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется только в том случае, если, по заключению врача-стоматолога, травмированный молочный зуб в дальнейшем не будет заменён постоянным. 4. Перелом коронок зубов или вывих зубов, пораженных болезнями кариозного (кариес, пульпит, периодонтит) или некариозного происхождения (гипоплазия эмали, флюороз), в том числе пломбированных, рассматривается как патологический, и в таких случаях процент стойкой утраты общей трудоспособности не определяется. 5. Перелом зуба (менее $\frac{1}{4}$ коронки) в результате травмы приравнивается к его потере.	25
Сужение глотки или пищевода в результате ожога или ранения:	
а) затруднение при прохождении твердой пищи	25
б) затруднение при прохождении мягкой пищи	40
в) затруднение при прохождении жидкой пищи	70
г) непроходимость пищевода.	90
Удаление желчного пузыря в результате травмы	20
Удаление части печени в результате травмы	40
Удаление селезёнки в результате травмы	30
МОЧЕВЫДЕЛЕНИЕ	
Удаление части почки в результате травмы	35

<i>Некоторые невосстановимые последствия воздействия внешнего повреждающего фактора</i>	<i>Процент стойкой утраты общей трудо- способности</i>
Удаление почки в результате травмы	60
МЯГКИЕ ТКАНИ	
Рубцы в результате ожогов, отморожений или ран, расположенные на лице и (или) переднебоковой поверхности шеи:	
а) занимающие до 10 % указанной поверхности	5
б) занимающие 10–20 %	15
в) занимающие 20–30 %	25
г) свыше 30 % данной поверхности	35
Наличие на туловище, конечностях, волосистой части головы рубцов, образовавшихся в результате различных травм:	
а) площадью от 5 см ² до 0,5 % поверхности тела	5
б) площадью от 0,5 до 2 % поверхности тела	10
в) площадью от 2 до 4 % поверхности тела	15
г) площадью от 4 до 6 % поверхности тела	20
д) площадью от 6 до 8 % поверхности тела	25
е) площадью от 8 до 10 % поверхности тела	30
ж) площадью от 10 % и более	35
<i>Примечания:</i> 1. Один процент поверхности тела равен площади ладонной поверхности кисти и пальцев пострадавшего. 2. При определении площади рубцов следует учитывать и рубцы, образовавшиеся на месте взятия кожного трансплантата для замещения дефекта поражённого участка кожи.	
ПОЗВОНОЧНИК	
Нарушение функции позвоночника в результате травмы любого его отдела, за исключением копчика:	
а) умеренное ограничение подвижности	30
б) значительное ограничение подвижности	40
в) резкое ограничение подвижности	50
г) полная неподвижность позвоночника (в том числе и одного из его отделов), резкая его деформация	70
Удаление части копчика в результате травмы	15
Удаление копчика в результате травмы	20

<i>Некоторые невосстановимые последствия воздействия внешнего повреждающего фактора</i>	<i>Процент стойкой утраты общей трудо- способности</i>	
ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ*	пра- вая	левая
Костный анкилоз (неподвижность) плечевого сустава	40	35
Ограничение движений в плечевом суставе:		
а) умеренно выраженное	15	10
б) значительно выраженное	20	15
в) резко выраженное	30	25
Костный анкилоз (неподвижность) локтевого сустава:		
а) в функционально выгодном положении (угол от 60 до 90°)	35	30
б) в функционально невыгодном положении (угол меньше 60° или больше 90°)	40	35
Ограничение движений в локтевом суставе:		
а) умеренно выраженное	10	10
б) значительно выраженное	20	15
в) резко выраженное	30	25
Костный анкилоз (неподвижность) лучезапястного сустава:		
а) в функционально выгодном положении	30	25
б) в функционально невыгодном положении	40	35
Ограничение движений в лучезапястном суставе:		
а) умеренно выраженное	10	10
б) значительно выраженное	15	15
в) резко выраженное	25	20
Кисть		
Нарушение функций кисти в результате травмы запястья (деформация, снижение мышечной силы, нарушение хватательной способности):		
а) умеренно выраженное	10	10
б) значительно выраженное	15	10
в) резко выраженное	20	15

* В случаях, когда правая (или левая) конечность является рабочей, используются проценты стойкой утраты общей трудоспособности, указанные в столбце 2 или 3 соответственно «правая» (или «левая»).

Некоторые невосстановимые последствия воздействия внешнего повреждающего фактора		Процент стойкой утраты общей трудо- способности	
Пальцы кисти			
Первый (большой) палец кисти			
Значительные дефекты мягких тканей ногтевой фаланги, вызвавшие её деформацию	5	5	
Культи на уровне:			
а) ногтевой фаланги	10	10	
б) межфалангового сустава	15	15	
в) основной фаланги	20	15	
Отсутствие пальца	25	20	
Костный анкилоз (неподвижность) одного из суставов пальца:	10	10	
а) в функционально выгодном (полусогнутом) положении			
б) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении	15	10	
Костный анкилоз (неподвижность) двух суставов пальца:			
а) в функционально выгодном (полусогнутом) положении	15	10	
б) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении	20	15	
Второй (указательный) палец			
Значительные дефекты мягких тканей ногтевой фаланги, вызвавшие её деформацию, а также культя на уровне половины ногтевой фаланги	5	5	
Культи на уровне:			
а) ногтевой фаланги	10	10	
б) средней фаланги	15	10	
в) основной фаланги или пястно-фалангового сустава (отсутствие пальца)	20	15	
Третий (средний), четвёртый (безымянный) или пятый (мизинец) пальцы			
Культи на уровне:			
а) ногтевой фаланги	5	5	
б) средней фаланги	10	10	
в) основной фаланги или пястно-фалангового сустава (отсутствие пальца)	15	10	

Некоторые невосстановимые последствия воздействия внешнего повреждающего фактора		Процент стойкой утраты общей трудо- способности	
Несколько пальцев одной кисти			
Отсутствие двух пальцев кисти: а) первого и второго (I + II); б) первого с третьим, четвертым или пятым (I + III), (I + IV), (I + V) в) второго с третьим, четвертым или пятым (II + III), (II + IV), (II + V) г) третьего с четвертым или пятым (III + IV), (III + V) д) четвертого с пятым (IV + V)	45 40 35 30 30	40 35 30 25 25	
Отсутствие трех пальцев кисти: а) первого и второго с третьим, четвертым или пятым (I + II + III), (I + II + IV), (I + II + V) б) первого и третьего с четвертым или пятым (I + III + IV), (I + III + V) в) первого и четвертого с пятым (I + IV + V) г) второго и третьего с четвертым (II + III + IV), (II + III + V) д) второго и четвертого с пятым (II + IV + V) е) третьего и четвертого с пятым (III + IV + V)	55 50 50 45 45 45 40	50 45 45 40 40 35	
Отсутствие всех пальцев кисти	65	60	
ТАЗ			
Нарушение функции таза в результате перелома костей, разрыва лонного или крестцово-подвздошного сочленений: а) умеренное нарушение статики, походки, умеренное ограничение движений в одном тазобедренном суставе б) значительное нарушение статики, походки, умеренное ограничение движений в двух тазобедренных суставах или значительное ограничение в одном из этих суставов; в) резкое нарушение статики, походки, значительное огра- ничение движений в двух тазобедренных суставах или рез- кое ограничение движений в одном из этих суставов	25 30 50		
НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ			
Костный анкилоз (неподвижность) тазобедренного сустава: а) в функционально выгодном (разогнутом) положении	45		

<i>Некоторые невосстановимые последствия воздействия внешнего повреждающего фактора</i>	<i>Процент стойкой утраты общей трудо- способности</i>
б) в функционально невыгодном (согнутом) положении	60
Ограничение движений в тазобедренном суставе: а) умеренно выраженное б) значительно выраженное в) резко выраженное	25 30 35
<i>Примечание:</i> Наличие эндопротеза тазобедренного сустава, примененного в связи с травмой, дает основание для применения критерия стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренного подпунктом «б» настоящего пункта	
Костный анкилоз (неподвижность) коленного сустава: а) в функционально выгодном (разогнутом) положении б) в функционально невыгодном (согнутом) положении	35 50
Избыточная (патологическая) подвижность в коленном суставе в результате разрыва связочного аппарата	10
Ограничение движений в коленном суставе: а) умеренно выраженное б) значительно выраженное в) резко выраженное	20 25 30
Костный анкилоз (неподвижность) голеностопного сустава: а) в функционально выгодном (под углом 90–95°) положении б) в функционально невыгодном (каком-либо ином) положении	30 40
Ограничение движений в голеностопном суставе: а) умеренно выраженное б) значительно выраженное в) резко выраженное	15 20 25
Стопа	
Отсутствие части стопы в результате ампутации на уровне плюсневых костей	35
Пальцы стопы	
Отсутствие всех пальцев стопы на уровне плюснефаланговых суставов или основных фаланг	25

<i>Некоторые невосстановимые последствия воздействия внешнего повреждающего фактора</i>	<i>Процент стойкой утраты общей трудо- способности</i>
Отсутствие первого пальца	10
Отсутствие пальцев одной стопы на уровне плюснефалан- говых суставов или основных фаланг (кроме первого):	
а) одного пальца	5
б) двух — трёх пальцев	10
в) четырёх пальцев	15
Нарушение функции пальцев или отсутствие одной, двух фаланг (кроме первого):	
а) одного — двух пальцев	5
б) трёх — четырёх пальцев	10
<p><i>Примечание:</i> Если после травмы двух и более пальцев стопы (кроме первого) функция одного из них полностью восстано- вилась, а функция остальных оказалась нарушенной, процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями, предусмотренными настоя- щим пунктом.</p>	

Оглавление

1. Процессуальные основы судебно-медицинской экспертной оценки вреда здоровью	2
2. Основные понятия и критерии судебно-медицинской оценки вреда здоровью	6
3. Признаки вреда здоровью различной тяжести	7
3.1. Признаки тяжкого вреда здоровью	7
3.2. Признаки средней тяжести вреда здоровью	18
3.3. Признаки легкого вреда здоровью	21
3.4. Побой	22
4. Основные правила судебно-медицинской оценки вреда здоровью	23
Контрольные вопросы	29
Список литературы	30
Приложения	33

Учебное издание

Смирнов Роман Юрьевич

Судебная медицина
(судебно-медицинская оценка вреда здоровью)

Учебно-методическое пособие

Редактор, корректор М. Э. Левакова
Верстка М. Э. Леваковой

Подписано в печать 08.08.2018. Формат 60×84 1/16.

Усл. печ. л. 3,02. Уч.-изд. л. 2,0.

Тираж 3 экз. Заказ

Оригинал-макет подготовлен
в редакционно-издательском отделе ЯрГУ.

Ярославский государственный университет
им. П. Г. Демидова.
150003, Ярославль, ул. Советская, 14.

