**Судебно-медицинская экспертиза живых лиц**

Судебно-медицинская экспертиза служит целям и задачам оте­чественного правосудия и осуществляется на основе и с соблюде­нием действующего в Российской Федерации уголовного и граж­данского, уголовно-процессуального и гражданского процессуаль­ного законодательства, а также положений, правил, приказов и инструкций, издаваемых Министерством здравоохраненияРФ.

**Освидетельствование и экспертиза.** Врач может быть привле­чен к освидетельствованию и экспертизе. Эти действия отлича­ются между собой.

*Освидетельствование —* следственное действие, проводимое следователем, иногда с привлечением врача.

*Экспертиза —* судебно-медицинское исследование, прово­димое врачом-экспертом в соответствии с постановлением сле­дователя (судьи) при возбужденном уголовном деле — судеб­ном разбирательстве.

За освидетельствование несет ответственность следователь, за экспертизу — врач-эксперт.

***Экспертиза.*** Одним из доказательств по уголовному делу яв­ляются любые фактические данные, на основе которых следова­тель и суд устанавливают наличие или отсутствие правонаруше­ния и виновность совершившего его лица. Эти данные устанав­ливаются: показаниями свидетеля, показаниями потерпевшего, показаниями обвиняемого, заключением эксперта, веществен­ными доказательствами, протоколами следственных и судебных действий и иными документами (ст. 69 УПК РСФСР). Приме­нение специальных судебно-медицинских знаний для решения вопросов, возникающих в практической деятельности органов доз­нания, следствия и суда, называют *судебно-медицинской эксперти­зой.* Экспертиза производится экспертами соответствующих уч­реждений или иными специалистами. В качестве эксперта мо­жет быть вызвано любое лицо, обладающее необходимыми по­знаниями для дачи заключения (ст. 78 УПК РСФСР).

Судебно-медицинская экспертиза производится обычно экс­пертами бюро судебно-медицинской экспертизы. Но закон пре­дусматривает также и то, что экспертом может быть назначен любой врач, обладающий необходимыми познаниями для про­ведения судебно-медицинской экспертизы.

***Порядок назначения экспертизы.*** Если возникает необходи­мость в проведении экспертизы, следователь выносит постанов­ление, в котором указываются: основания для назначения экс­пертизы, фамилия эксперта или наименование учреждения, в котором должна быть произведена экспертиза; вопросы, постав­ленные перед экспертом; материалы, предоставляемые в распо­ряжение эксперта. До назначения эксперта следователь выясня­ет необходимые данные о его специальности и компетентности (ст. 184 УПК РСФСР). Судебно-медицинская экспертиза может производиться только в установленном законом порядке, только по назначению лица, производящего дознание, следователя, прокурора или суда (ст. 78 УПК РСФСР). Судебно-медицинская экспертиза не может производиться по просьбе частных лиц, учреждений, организаций, товарищеских судов.

Большую роль при назначении экспертизы играет правиль­ное формулирование вопросов в постановлении, которые следо­ватель ставит на разрешение экспертов. Их характер зависит от объекта экспертизы и специфических особенностей, подлежа­щих выяснению при различных обстоятельствах смерти, а равно от целей экспертизы живых лиц. Если при формулировании во­просов у следователя возникают затруднения, то ему целесооб­разно предварительно проконсультироваться со специалистом в области судебной медицины или даже с тем экспертом, которо­му предполагается поручить производство экспертизы.

***Обязательное проведение экспертизы*** (ст. 79 УПК РСФСР) необходимо для:

1) установления причин смерти и характера телесных повре­ждений;

2) определения психического состояния обвиняемого или по­дозреваемого в тех случаях, когда возникает сомнение по поводу его вменяемости или способности к моменту производства по делу отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими;

3) определения психического или физического состояния сви­детеля или потерпевшего в случаях, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания;

4) установления возраста обвиняемого, подозреваемого и по­терпевшего, когда это имеет значение для дела, а документы о возрасте отсутствуют.

***Обязанности и права эксперта.*** Врач, назначенный экспер­том, обязан явиться по вызову лица, проводящего дознание, следователя, прокурора и суда и дать объективное заключение по поставленным перед ним вопросам (ст. 82 УПК РСФСР).

Эксперт имеет право:

1) знакомиться с материалами дела, относящимися к прове­дению экспертизы;

2) заявлять ходатайства о предоставлении ему дополнитель­ных материалов, необходимых для дачи заключения;

3) с разрешения лица, производящего дознание, следователя, прокурора или суда присутствовать при допросах и других след­ственных и судебных действиях и задавать допрашиваемым во­просы, относящиеся к предмету экспертизы.

Эксперт может получать материалы только от следователя. Следователь должен сообщить обвиняемому, какие материалы он предоставляет эксперту для исследования, и узнать, нет ли у него каких-либо дополнительных материалов для предоставле­ния их эксперту. Обвиняемый имеет право возбудить ходатайст­во об истребовании дополнительных материалов, необходимых для представления экспертизе. Эксперт может предварительно просмотреть со следователем материалы, собранные для экспер­тизы, и установить, достаточны ли они для дачи заключения.

Если поставленный эксперту вопрос выходит за пределы специальных знаний эксперта или представленные ему материа­лы недостаточны для заключения, эксперт в письменной форме сообщает органу, назначившему экспертизу, о невозможности дать заключение (ст. 82 УПК РСФСР).

Орган, назначивший экспертизу, рассматривает заявление эксперта о недостаточности материалов и при действительной необходимости истребует эти материалы — документы, напри­мер, историю болезни, заключение специалиста; вещественные доказательства (кровь для определения ее группы); протоколы допросов свидетелей, обвиняемого или потерпевшего и т.д.

Эксперт может и не отвечать на поставленные ему вопросы, если они не относятся к его специальности, его специальным знаниям или если представляемые материалы недостаточны. Так, судебно-медицинский эксперт не может давать заключение о правильности или неправильности проведения хирургической операции, поскольку это относится к компетенции хирурга, или судить о психическом состоянии, вменяемости, — это относится к компетенции психиатра. В данном случае эксперт должен объ­яснить, почему невозможно ответить на поставленные вопросы.

Следователь направляет в Бюро судебно-медицинской экс­пертизы постановление о назначении экспертизы и необходи­мые для ее проведения материалы.

Руководитель экспертного учреждения поручает экспертизу одному или нескольким сотрудникам данного учреждения. По поручению следователя руководитель экспертного учреждения разъясняет сотрудникам, которым поручается производство экс­пертизы, права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 82 УПК РСФСР, предупреждает их об ответственности за дачу за­ведомо ложного заключения по ст. 307 УК РФ и за разглашение данных предварительного расследования по ст. 310 УК РФ, о чем он берет у них подписку. Последняя вместе с заключением эксперта направляется следователю (ст. 187 УПК РСФСР).

***Производство экспертизы вне экспертного учреждения.*** При проведении экспертизы вне экспертного учреждения следова­тель выносит постановление о назначении экспертизы, вызыва­ет к себе лицо, которому поручается экспертиза, удостоверяется в его личности, специальности и компетентности, устанавливает отношение эксперта к обвиняемому, подозреваемому, потер­певшему и проверяет, нет ли оснований к отводу эксперта.

Следователь вручает эксперту постановление о назначении экспертизы, разъясняет ему права и обязанности, предусмотрен­ные ст. 82 УПК РСФСР, и предупреждает об ответственности за дачу заведомо ложного заключения и за разглашение данных предварительного расследования. Обо всем этом следователь де­лает отметку в постановлении о назначении экспертизы, которая удостоверяется подписью эксперта (ст. 189 УПК РСФСР).

***Допрос эксперта.*** Следователь имеет право допросить эксперта для разъяснения или дополнения данного экспертом заключения (ст. 192 УПК РСФСР). При допросе эксперта составляется про­токол с соблюдением требований ст. 141 и 142 УПК РСФСР.

***Отвод эксперта.*** Эксперту может быть заявлен отвод (ст. 67 УПК РСФСР). Эксперт не может принимать участия в произ­водстве по делу в следующих случаях:

1) если он является потерпевшим, гражданским истцом, гражданским ответчиком, свидетелем, а также если он участво­вал в данном деле в качестве переводчика, лица, производив­шего дознание, следователя, обвинителя, защитника, законного представителя обвиняемого, представителя потерпевшего, граж­данского истца или гражданского ответчика;

2) если он является родственником потерпевшего, граждан­ского истца, гражданского ответчика или их представителей, родственником обвиняемого или его законного представителя, родственником обвинителя, защитника, следователя или лица, производившего дознание;

3) если имеются иные обстоятельства, дающие основание считать, что эксперт лично, прямо или косвенно заинтересован в этом деле;

4) если он находился или находится в служебной или иной зависимости от обвиняемого, потерпевшего, гражданского истца или гражданского ответчика;

5) если он производил по данному делу ревизию, материалы которой послужили основанием к возбуждению уголовного дела;

6) в случае, когда обнаружится его некомпетентность.

Но врач (ст. 67 п. За УПК РСФСР) может быть экспертом даже в том случае, если он в качестве специалиста в области су­дебной медицины принимал участие в наружном осмотре трупа на месте происшествия.

***Пределы компетенции судебно-медицинского эксперта.*** При экспертизе живых лиц судебно-медицинскому эксперту и врачу-эксперту в процессе производства по делу задают самые разно­образные вопросы. На одни вопросы эксперт может, должен и обязан отвечать — это вопросы, относящиеся к специальности эксперта. Другие вопросы, не относящиеся к его специальности, эксперт обязан отклонить, отказаться от ответа на них. Эти пра­во и обязанность эксперта предусмотрены законом.

Вопросы, поставленные перед экспертом, и его заключение не могут выходить за пределы специальных познаний эксперта (ст. 78 УПК РСФСР).

Эксперт должен строго придерживаться пределов своих спе­циальных знаний. Прежде всего он не должен в своих заключе­ниях касаться вопросов умысла, неосторожности, противоправ­ности, квалификации действия. Так, эксперт не может в своем заключении указывать, что имело место изнасилование, члено­вредительство и др. Эти понятия юридические и решаются сле­дователем, судом.

Эксперт обязан установить, если ему это позволяют меди­цинские данные, происхождение повреждений, были ли они причинены посторонней или собственной рукой, механизм воз­никновения повреждений, давность их и другие особенности. Эксперт может сопоставлять объективные данные, обнаружен­ные им при исследовании, с объяснениями подэкспертного и ответить на вопрос, соответствуют ли объективные данные объ­яснениям подэкспертного.

Процессуальный закон дает право следователю проверить компетенцию эксперта и сформулировать вопросы, подлежащие разрешению с помощью экспертизы. О повседневных взаимоот­ношениях эксперта со следователем и прокурором в процессе проведения экспертизы в законе ничего не говорится. Эти взаи­моотношения регулируются не процессуальными, а моральны­ми, этическими нормами. Решающим фактором в этих взаимо­отношениях является стремление к установлению истины по делу. Закон устанавливает определенные сроки расследования, в то время как сроки проведения экспертизы законом не предусмотрены. Вот почему следователь нередко просит эксперта закончить экспертизу к определенному сроку. Естественно, экс­перт должен рассматривать подобную просьбу следователя как необходимость, вытекающую из существа дела, и приложить максимум усилий, чтобы ее выполнить.

В процессе следствия (судебного заседания) роль и задачи ка­ждого участника процесса, в том числе и эксперта, определены Уголовно-процессуальным кодексом, предоставляющем право следователям (судьям) по своему внутреннему убеждению оцени­вать все имеющиеся доказательства, иногда не соглашаясь с вы­водами экспертизы. В этом случае следствие (суд) должен моти­вировать причины своего несогласия (ст. 80 УПК РСФСР).

Определенные этические нормы складываются у судебно-медицинского эксперта с подсудимым и потерпевшим. Эксперт объективностью своего заключения должен убедить не только суд, но и подсудимого и потерпевшего. Поэтому он должен спо­койно ответить на все их вопросы, какими бы наивными или не­вежественными с точки зрения судебной медицины они не были.

Наиболее этически сложным является вопрос о компетентно­сти эксперта. Судебно-медицинский эксперт как специалист должен хорошо понимать, подготовлен ли он по уровню своих знаний и опыту к проведению конкретной экспертизы. Если у него возникают сомнения по поводу своей компетентности, он должен довести это до сведения лица, назначившего экспертизу. Судебная этика также рекомендует не скрывать тех сомнений, которые возникли у эксперта в процессе проведения экспертизы.

***Определение и разграничение правовых и медицинских понятий.*** Судебно-медицинскому эксперту в процессе расследования и при судебном разбирательстве ставят на разрешение самые раз­нообразные вопросы. Как уже было сказано, эксперт должен, ознакомившись с вопросами, выяснить, что не относится к его компетенции. Недостаточно опытным судебно-медицинским экспертам и врачам, которым редко приходится выступать в ка­честве экспертов, иногда кажется, что они обязаны отвечать на любой вопрос, заданный следователем или судьей. Еще и сейчас в законе встречаются понятия, не имеющие четкого определе­ния. Одни считают, что это понятия медицинские, другие — юридические. Работники органов расследования и суда задают судебно-медицинскому эксперту вопросы, относящиеся к по­добным понятиям, а судебно-медицинские эксперты на них от­вечают, не учитывая, что эти понятия не медицинские. При судебно-медицинской экспертизе приходится встречаться со сле­дующими понятиями: сильное душевное волнение, насилие, по­бои, истязание, мучение, опасность для жизни и здоровья, иные действия сексуального характера и др. Более подробно мы рас­смотрим некоторые из этих понятий в следующих главах.

***Ответственность эксперта*** за заведомо ложное заключение предусмотрена ст. 307 УК РФ.

**Статья 307 УК РФ. Заведомо ложные показание, заключение эксперта или неправильный перевод**

**1.** Заведомо ложные показание свидетеля, потерпевшего либо за­ключение эксперта, а равно заведомо неправильный перевод в суде либо при производстве предварительного расследования —

наказывается штрафом в размере от ста до двухсот минимальных размеров оплаты труда или в размере заработной платы или иного до­хода осужденного за период от одного до двух месяцев, либо обязатель­ными работами на срок от ста восьмидесяти до двухсот сорока часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо арестом на срок до трех месяцев.

**2.** Те же деяния, соединенные с обвинением лица в совершении тяжкого или особо тяжкого преступления, —

наказываются лишением свободы на срок до пяти лет.

Судебно-медицинский эксперт является представителем меди­цинской профессии в процессе следствия или суда и поэтому на него распространяются положения врачебной и судебной этики. Он должен сохранять не только врачебную, но и следственную тайну.

Ответственность эксперта за разглашение данных предвари­тельного расследования предусмотрена ст. 310 УК РФ.

**Статья 310 УК РФ. Разглашение данных предварительного расследования**

Разглашение данных предварительного расследования лицом, преду­прежденным в установленном законом порядке о недопустимостиихразглашения, если оно совершено без согласия прокурора, следователя или лица, производящего дознание, —

наказывается штрафом в размере от ста до двухсот минимальных размеров оплаты трудаили в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного до двух месяцев, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо арестом на срок до трех месяцев.

***Возмещение эксперту понесенных им расходов.*** За лицом, вы­зываемым в качестве эксперта, сохраняется средний заработок по месту его работы за все время, затраченное им в связи с вы­зовом к лицу, производящему дознание, следователю, прокурору или в суд. Кроме того, эксперт имеет право на возмещение по­несенных расходов по явке.

Эксперт имеет право на вознаграждение за выполнение сво­их обязанностей, кроме тех случаев, когда эти обязанности вы­полнялись в порядке служебного задания (ст. 106 УПК РСФСР).

***Экспертиза в судебном заседании.*** Судебно-медицинская экс­пертиза проводится как на предварительном следствии, так и в судебном заседании.

Обычно участие эксперта в судебном заседании вызывается необходимостью разъяснить медицинское заключение, данное на предварительном следствии, и ответить на дополнительные вопросы, которые могут возникнуть впоследствии. В таких слу­чаях вызывается, как правило, тот эксперт, который проводил экспертизу на предварительном следствии. Экспертиза в судеб­ном заседании производится в соответствии с положениями, предусмотренными Уголовно-процессуальным кодексом.

Ходатайства о вызове эксперта могут быть заявлены обвини­телем, подсудимым, защитником, потерпевшим, гражданским истцом, ответчиком и их представителями. При этом они долж­ны обязательно указать, для разъяснения каких обстоятельств вызываются эксперты (ст. 253 УПК РСФСР). Суд, признав, что обстоятельства, о разъяснении которых ходатайствуют участни­ки процесса, могут иметь значение для дела, не вправе отказать в вызове экспертов.

Эксперт в судебном заседании, как правило, не проводит новой экспертизы, а повторяет то, что он проделал на предвари­тельном следствии. Заключение, данное экспертом, после его устного изложения должно быть предоставленоим в письмен­ном виде и приобщено к делу.

**Назначение судебно-медицинской экспертизы**

Судебно-медицинская экспертиза назначается (ст. 78 УПК РСФСР) органами дознания, следствия и суда в тех случаях, когда необходимы специальные познания в естествознании (биологии) и медицине.

**Заключение эксперта**

Эксперт дает судебно-медицинское заключение от своего имени на основании произведенных исследований в соответст­вии со своими специальными знаниями и несет за данное им заключение личную ответственность.

При проведении экспертизы несколькими экспертами до да­чи заключения они совещаются между собой. Если судебно-медицинские эксперты придут к общему заключению, последнее подписывается всеми экспертами. В случае разногласия между ними каждый эксперт дает свое заключение отдельно (ст. 80 УПК РСФСР). Так как эксперт несет личную ответственность за заключение, то никто не может потребовать от него того, чтобы он дал иное заключение или изменил ранее данное. Судебно-медицинский эксперт сам отвечает за свое заключение.

Документ экспертизы, содержащий заключение эксперта и фигурирующий в деле, является источником доказательства. Поэтому эксперт должен внимательно относиться к его состав­лению. Данный документ должен быть исчерпывающе полным по содержанию и безупречным по форме. Иногда к заключению эксперта прилагаются результаты дополнительных исследова­ний, схемы, рисунки, фотографии, дополняющие и разъясняю­щие описание исследования.

Заключение эксперта должно быть изложено понятно, по возможности без медицинской терминологии, а если она все же применяется, то в скобках следует объяснить использованные термины, так как документ будут читать и изучать следователь, прокурор, судья, адвокат, обвиняемый; и он должен быть им понятен.

***Содержание заключения эксперта.*** Проведенные исследова­ния оформляются документом — *«Заключением эксперта».* За­кон предусматривает содержание заключения эксперта. В нем должно быть указано: когда, где, кем (фамилия, имя и отче­ство, образование, ученая степень и звание, занимаемая должность), на каком основании была произведена эксперти­за, кто присутствовал при экспертизе, какие материалы экс­перт использовал, какое исследование произвел, какие вопро­сы были поставлены эксперту и его мотивированные ответы. Если при проведении экспертизы эксперт установит обстоятельства, имеющие значение для дела, но по поводу которых ему не были поставлены вопросы, он вправе указать на них в своем заключении. Заключение дается в письменном виде и подписывается врачом-экспертом (ст. 191 УПК РСФСР). За­ключение эксперта передается органу, назначившему экспер­тизу, не позднее трех дней после производства экспертизы. Второй экземпляр заключения эксперта остается в Бюро судебно-медицинской экспертизы, проводившей данное иссле­дование.

Таковы обязательные требования, предъявляемые к состав­лению заключения судебно-медицинского эксперта. Более под­робно о составлении заключений по различным объектам экс­пертизы будет рассказано в соответствующих главах.

## Виды судебно-медицинской экспертизы

Судебно-медицинская экспертиза, кроме первичной, может быть дополнительной и повторной (ст. 81 УПК РСФСР), Она может производиться единолично судебно-медицинским экс­пертом, экспертом с участием консультанта-специалиста, ко­миссией экспертов (комиссионная экспертиза), или экспертом (экспертами) с участием врачей других специальностей (комплексная экспертиза). То есть различают следующие виды судебно-медицинской экспер­тизы: первичная, дополнительная, повторная, единоличная, с участием консультантов-специалистов, комиссионная и ком­плексная.

***Первичной экспертизой*** называется первое судебно-медицинское исследование объекта. Согласно ст. 78 УПК РСФСР она назначается в тех случаях, когда необходимы специальные познания в науке, технике, искусстве или ремесле. Она может производиться с исследованием самого лица или по докумен­там, материалам дела, вещественным доказательствам. Основ­ная масса экспертиз ограничивается первичным исследовани­ем, заключение по которому является окончательным.

***Дополнительная экспертиза*** может быть назначена в случае недостаточной ясности или полноты заключения. Она может быть поручена тому же или другому эксперту и представляет собой последовательное, поэтапное исследование с окончатель­ным заключением после одного или нескольких исследований объекта экспертизы в динамике. Например, эксперт осматривает потерпевшего с только что полученными повреждениями, опи­сывает их, отмечает в заключении давность повреждения, харак­тер орудия, которым оно нанесено, и указывает на необходи­мость дополнительного исследования после окончания лечения, ознакомления с материалами дела или получения данных в ди­намике с последующим исследованием и др. Дополнительное исследование по получении достаточных данных дает основание для окончательного заключения.

Дополнительная экспертиза представляет собой исследова­ние, состоящее из ряда этапов, после чего возможно сделать окончательное заключение.

***Повторная экспертиза*** назначается в случае необоснованно­сти первичной экспертизы, когда она была недостаточно полной и квалифицированной, не удовлетворила органы следствия или суда и противоречит другим доказательствам, имеющимся в де­ле. Обычно она поручается более опытному эксперту или дру­гим экспертам. Повторная экспертиза производится после уже проведенной, иногда даже комиссией экспертов. При повторной экспертизе желательно, но не обязательно, присутствие экспер­та, проводившего первичную (дополнительную) экспертизу.Сам эксперт также может обратиться с ходатайством к следователю о назначении повторной экспертизы в его присутствии, что про­цессуально оформляется следователем.

На практике следователь и суд иногда производят и третью экспертизу, если первичная и повторная представили противоре­чащие друг другу заключения. Третья экспертиза производится в том же порядке, как и повторная. Экспертам для ознакомления должны быть представлены все заключения предыдущих экспертиз.

Повторная экспертиза может производиться и единолично экспертом, и экспертом с участием консультантов-специалистов, и комиссией экспертов.

***Единоличная экспертиза.*** Судебно-медицинская экспертиза по различным поводам — определение степени тяжести телес­ных повреждений, половой зрелости, половой неприкосновен­ности и другим — обычно производится судебно-медицинским экспертом единолично. Эксперт полностью обследует субъекта и дает заключение. Основная масса экспертиз живых лиц произ­водится единолично судебно-медицинским экспертом.

***Экспертиза с участием консультантов-специалистов.*** Иногда необходимо разрешить вопросы, требующие знаний по другой медицинской специальности, например, установление срока бе­ременности, наличия венерического заболевания, состояния зрения. В таких случаях необходимо привлечение консультан­тов-специалистов. Нужно только иметь в виду, что участие кон­сультантов должно быть оформлено постановлением следовате­ля или определением суда о назначении экспертизы. В некото­рых судебно-медицинских амбулаториях имеются постоянные специалисты-консультанты, например, акушер-гинеколог, вене­ролог, невропатолог, рентгенолог и др. Участие консультантов-специалистов в экспертизе может быть непосредственным, т.е. эксперт производит исследование совместно с консультантом. В этом случае заключение эксперта составляется и подписывается судебно-медицинским экспертом и консультантом-специалис­том. В других случаях судебно-медицинский эксперт, направляя субъекта к консультанту-специалисту, получает от него пись­менное заключение. Полученное заключение специалиста экс­перт включает в свое заключение. Затем на основании заключе­ния специалиста и своего исследования делает выводы и состав­ляет экспертное заключение за своей подписью.

***Комиссионная экспертиза.*** В более сложных исследованиях судебно-медицинский эксперт не может единолично разре­шать поставленные перед ним вопросы. В таких случаях сле­дователь назначает несколько экспертов-врачей в области су­дебной медицины.

Все назначенные для экспертизы врачи составляют судебно-медицинскую экспертную комиссию. Комиссия обсуждает постав­ленные органами расследования или суда вопросы, производит необходимые первичные и дополнительные исследования свиде­тельствуемого. Если все эксперты, входящие в состав комиссии, приходят к единому мнению, то они составляют общее заключение и подписывают его. Если же кто-либо из экспертов не соглашается с мнением остальных, хотя бы по какому-либо одномуиз вопро­сов, он пишет свое отдельное заключение, которое передается сле­дователю, как и заключение остальных экспертов.

УПК РСФСР не предусматривает комиссионной эксперти­зы, и с процессуальной точки зрения каждый эксперт дает свое заключение. Но ст. 80 УПК РСФСР предусматривает следую­щее: «Если эксперты одной специальности придут к общему за­ключению, последнее подписывается всеми экспертами. В слу­чае разногласия между экспертами каждый эксперт дает свое заключение отдельно».

В то же время судебно-медицинские экспертизы, например:

а) по определению степени утраты трудоспособности; б) по де­лам о привлечении к ответственности работников медицинского персонала за профессиональные нарушения; в) особо сложные экспертизы по материалам уголовных и гражданских дел — должны производиться обязательно комиссионно как первич­ные, так и повторные.

Выработанный практикой порядок проведения комиссион­ной экспертизы с участием нескольких судебных медиков сле­дующий. Начальник бюро судебно-медицинской экспертизы получает постановление следователя и дело, требующее прове­дения комиссионной экспертизы. Он поручает одномуиз судебно-медицинских экспертов составить по представленным мате­риалам «обстоятельства дела». Последние в сжатом виде вклю­чают все основные данные, имеющие значение для проведения экспертизы, и вопросы, поставленные следователем.

«Обстоятельства дела» передаются экспертам для изучения. Эксперты обсуждают поставленные вопросы, знакомятся более детально с материалами дела, формулируют ответы на вопросы и заключение по делу. Документ экспертизы «Заключение» дол­жен включать все данные, требуемые ст. 191 УПК РСФСР.

Экспертизы по отдельным уголовным делам организуются обычно при Бюро судебно-медицинской экспертизы (города, области, края, республики). В каждом конкретном случае экс­пертизы назначаются в установленном законом порядке, и каж­дый эксперт в процессе имеет равные права и обязанности не­зависимо от занимаемой должности, ученого звания и степени.

***Комплексная экспертиза*** предусматривает участие специали­стов разных областей знаний (например, судебно-медицинского эксперта, судебного химика, эксперта-автотехника и др.). При комплексной экспертизе применяются медицинские, кримина­листические, химические, физические, технические и иные ме­тоды исследования.

Например, комплексные медико-криминалистические экс­пертизы проводят для установления транспортного средства, направления его движения и решения вопроса, кто находился за рулем при транспортной травме, а также в некоторых других случаях. Главным условием проведения такой экспертизы явля­ется структурное единство объекта — носителя свойств, исполь­зуемых лицами, являющимися специалистами в судебной меди­цине и криминалистике. При этом, в зависимости от целей комплексные медико-криминалистические экспертизы могут быть разделены на идентификационные и диагностические.

В конкретном случае при решении вопросов, связанных с транспортной травмой, широко применяются знания судебного медика, криминалиста, автотехника и материаловеда. При подоб­ной экспертизе комплексно решаются *идентификационные* (уста­новление конкретного транспортного средства) и *диагностические* задачи (определение направления движения транспортного сред­ства и потерпевшего в момент транспортной травмы).

## Основания, порядок назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы живых лиц

СМЭ живых лиц назначается :

**1.** При причинении вреда здоровью:

* для определения степени тяжести вреда здоровью и реше­ния ряда других вопросов, связанных с этим;
* для определения размеров утраты общей трудоспособно­сти;
* для определения размеров утраты профессиональной тру­доспособности;
* для установления заражения венерической болезнью;
* для установления заражения ВИЧ-инфекцией;
* для определения состояния здоровья, физического состоя­ния подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего и свиде­теля;
* для определения искусственных и притворных болезней (симуляции, аггравации, диссимуляции, а также самопо­вреждения).

**2.** При определении полового состояния для выявления:

* спорного полового состояния (гермафродитизма);
* половой неприкосновенности;
* половой зрелости;
* производительной способности (способности к половому сношению, оплодотворению, зачатию, деторождению);
* беременности (существовавшей, существующей), бывших родов, аборта.

**3.** При половых преступлениях:

* изнасилования;
* развратных действий;
* мужеложства;
* лесбианства.

**4.** По другим поводам:

* для определения возраста;
* для идентификации личности.

 В следственной и судебной практике при расследовании преступлений против личности возникает необходимость решения вопросов медико-биологического плана в случаях, когда объектом исследования является живой человек. Это могут быть жертвы преступления, лица, подозреваемые или обвиняемые в совершении преступлений, реже иные граждане.

 Проведением такого рода экспертиз (исследований) нередко устанавливаются важнейшие для дела фактические обстоятельства. В других случаях выводы эксперта дают основание для квалификации преступления. Поэтому экспертному освидетельствованию живых лиц должно уделяться достаточное внимание со стороны правоохранительных органов. Практические работники должны знать, в каких случаях и как правильно назначить такую экспертизу (освидетельствование) и как использовать ее результаты в ходе раскрытия

и расследования преступления.

**Место и условия проведения экспертизы живых лиц.**Исследова­ние живых лиц лучше проводить в судебно-медицинских амбулаториях. Но оно также проводится в поликлиниках, стационарных лечебных учреждениях, кабинете следователя, на судебном заседании и в учреждениях уголовно-исполнительной системы. Кроме того, судебно-медицинскую экспертизу в исключительных случаях проводят на дому у подэкспертного, если он по состоянию здоровья не может явиться на экспертизу в официальные учреждения.

 Производство экспертизы без обследования потерпевшего (заочно) только по медицинским документам (истории болезни стационарного больного, медицинской карте амбулаторного больного) допускается лишь в исключительных случаях при невозможности очного проведения судебно-медицинским экспертом обследования потерпевшего и при наличии медицинских документов, содержащих исчерпывающие данные о состоянии потерпевшего в момент травмы, характере повреждений, их клини­ческом течении, процессе заживления, исходе повреждения и иные сведения, необходимые для производства экспертизы.

***Экспертиза в амбулатории.*** При республиканских, областных и краевых бюро судебно-медицинской экспертизы обычно имеются специальные судебно-медицинские кабинеты (амбулатории), где и проводится судебно-медицинская экспертиза живых лиц. В крупных городах существуют специальные судебно-медицинские амбулатории с рядом отделений: для исследования тяжести вреда здоровью, определения возраста; акушерско-гинекологического исследования; исследования по поводу установления производительной способности, заражения венериче­ской болезнью и ВИЧ-инфекцией, по подозрению в мужелож­стве и лесбианстве; исследования по поводу определения разме­ров утраты общей и профессиональной трудоспособности.

Судебно-медицинские эксперты проводят экспертизу по по­воду повреждений, привлекая через должностное лицо, назна­чившее экспертизу, в необходимых случаях других специали­стов: хирурга, травматолога, ортопеда, невропатолога, офталь­молога, отоларинголога, уролога, сексопатолога и ряда других. В судебной медицине принято условие, при котором акушерско-гинекологическое исследование проводится судебно-медицинским экспертом, специализировавшимся в области акушерско-гинекологической экспертизы или при участии консультанта — специалиста акушера-гинеколога. Специальные исследования по венерологии, урологии, сексопатологии проводятся специализи­ровавшимися в этой области судебно-медицинскими экспертами или при участии консультантов-специалистов — венерологов, дерматологов, урологов, сексопатологов. Участие консультантов оформляется постановлением лица, назначившего экспертизу.

В небольших городах и районных центрах амбулаторная экс­пертиза проводится судебно-медицинским экспертом обычно в районной поликлинике, где имеется возможность пригласить для участия в экспертизе специалиста нужного профиля.

***Экспертиза в стационарном лечебном учреждении.*** В отдельных случаях приходится проводить судебно-медицинское исследова­ние лица, находящегося в стационарном лечебном учреждении, когда пострадавший по поводу тяжелой травмы, отравления или заболевания поступает в лечебное учреждение и находится в нем продолжительное время. Экспертиза проводится, как правило, вскоре после поступления пострадавшего в лечебное учреждение, когда органам расследования необходимо срочно выяснить харак­тер травмы или отравления, степень тяжести причинения вреда здоровью, от чего зависят дальнейшие следственные действия или избрание меры пресечения по отношению к подозреваемому или обвиняемому. Если, например, вред здоровью у пострадавшего оказывается тяжким или средней тяжести, то может идти речь о заключении обвиняемого под стражу.

Иногда необходимость проведения исследования в лечебном учреждении может быть обусловлена тем, что по делу имеется арестованный, и дальнейшее содержание его под стражей зави­сит от результатов экспертизы. При экспертизе в лечебном уч­реждении иногда приходится привлекать в качестве консультан­тов или экспертов врачей этого учреждения, но обязательно только по постановлению следователя.

***Наблюдение в стационарном лечебном учреждении.*** Иногда судебно-медицинский эксперт, осматривая потерпевшего, уста­навливает, что для выяснения ряда вопросов и дачи заключения требуются детальное обследование и наблюдение за клиническим течением травмы (заболевания) у подэкспертного, а это не может быть выполнено в условиях амбулатории, поскольку такое медицинское наблюдение необходимо проводить в опреде­ленный период времени в стационарном лечебном учреждении. В таких случаях эксперт, осмотрев данное лицо, составляет первичное заключение, в котором указывает, что для окончательного заключения требуются клиническое обследование и на­блюдение в стационарном лечебном учреждении. При этом указываются примерный срок медицинского наблюдения и основания для его проведения, о чем сообщается следователю или суду, назначившему экспертизу. Эксперт направляет заключение в органы, назначившие экспертизу, и сообщает свои рекоменда­ции по поводу того, куда именно следует направить обследуе­мого. Последнего на основании постановления следователя или определения суда помещают в лечебное учреждение. Дальнейшее наблюдение за ним проводится в лечебном учреждении по указаниям судебно-медицинского эксперта. Результат обследо­вания обсуждается экспертом единолично либо в процессе консультации с наблюдавшими подэкспертного врачами. После чего составляется экспертное заключение или проводится экс­пертиза на основании всех имеющихся данных.

Заключение в таких случаях обычно дает судебно-медицинская комиссия, в которую в качестве экспертов постановлением следователя могут включаться и врачи, обследовавшие, лечившие и наблюдавшие подэкспертного. В других же случаях заключение дается судебно-медицинским экспертом только на основании документальных данных (истории болезни, заключения врачей, наблюдавших подэкспертного).

***Экспертиза в кабинете следователя и в учреждениях уголовно-исполнительной системы.*** Иногда экспертизу живого лица прихо­дится проводить в служебном помещении у следователя и в учреждениях уголовно-исполнительной системы. Чаще всего это лица, задержанные по подозрению или обвинению в совершении какого-либо преступления (убийства, изнасилования, причинения тяжкого вреда здоровью, грабежа и т.д.). Экспертиза проводится для обнаружения у них каких-либо повреждений или следов со­вершенного преступления. Иногда приходится проводить судебно-медицинскую экспертизу этих лиц по поводу симуляции и аггравации травмы (болезни), нанесения самоповреждений.

Для обнаружения следов совершенного преступления судебно-медицинскому эксперту приходится иногда осматривать по поручению следователя одежду, обувь, головной убор и другие вещественные доказательства, а затем самого субъекта.

При этом тщательно и последовательно осматриваются все части одежды и обуви, описываются все имеющиеся поврежде­ния, следы, подозрительные на кровь, семенная жидкость и дру­гие биологические объекты. Следователь при участии эксперта составляет протокол осмотра одежды и в случае необходимости направляет ее в лабораторию бюро судебно-медицинской экс­пертизы.

При осмотре задержанного по поводу обнаружения у него повреждений (их происхождения, давности) и других следов це­лесообразно для детального осмотра предложить снять всю оде­жду и последовательно осмотреть отдельные части тела, обращая внимание на все обнаруживаемые изменения: повреждения, рубцы, пигментные пятна, татуировки, следы от укусов зубами, следы крови, спермы, других биологических выделений. Тща­тельно осматриваются скрытые части тела: подмышечные облас­ти, под молочными железами, ягодичные складки, область по­ловых органов (где, например, могут быть обнаружены отдель­ные волосы, возможно принадлежащие потерпевшим), под ног­тями иногда находятся следы крови, кусочки эпидермиса, по­павшие при сдавлении шеи жертвы руками, и др.

Судебно-медицинская экспертиза задержанного может про­изводиться также комиссией врачей экспертов.

При экспертизе составляется обычное заключение эксперта — судебного медика. В нем отмечается необходимость дополнитель­ных лабораторных и инструментальных исследований (если это нужно).

***Экспертиза в судебном заседании.*** Судебно-медицинскую экс­пертизу иногда приходится проводить в судебном заседании. В одних случаях эксперта вызывают в судебное заседание для уча­стия в связи с экспертизой, которую он проводил на предвари­тельном следствии. В других случаях эксперту приходится про­водить по определению суда первичную или повторную экспер­тизу лица в самом судебном заседании. Кроме того, эксперт от­вечает на поставленные ему судом и сторонами вопросы. Если эти вопросы сложны и эксперт не может тут же на них ответить, он заявляет об этом суду, объясняя, что ему необходимо время, чтобы обдумать и сформулировать ответы на вопросы, просмот­реть литературу, провести консультации со специалистами. Эксперт сообщает, какое количество времени ему потребуется для составления заключения и ответов на поставленные вопросы, и ходатайствует об этом перед судом. Суд обычно объявляет на это время перерыв в судебном заседании.

Судебно-медицинскому эксперту, особенно не имеющему достаточного опыта, необходимо иметь в виду, что участие в су­дебном заседании требует предварительной подготовки. Поэтому, когда эксперт получает повестку с вызовом в судебное засе­дание, то ему необходимо явиться в суд за несколько дней до судебного заседания, ознакомиться с материалами дела, выписать необходимые данные для будущей судебно-медицинской экспертизы, предусмотреть те вопросы, которые могут возникнуть в ходе судебного заседания, ознакомиться с литературой, посоветоваться с более опытными специалистами.

В судебном заседании эксперт должен внимательно прослу­шать ход процесса, делая необходимые заметки. Вопросы, кото­рые могут у него возникнуть в ходе судебного заседания, он обязан разрешить, используя свое право задавать вопросы подсудимому, (свидетелям, потерпевшему), уточняя обстоятельства, которые необходимы ему для дачи заключения.

Допрос судебно-медицинского эксперта в судебном заседании проводится после допроса подсудимого, потерпевшего и свидете­лей. Хотя на всем протяжении судебного заседания эксперту мо­гут задавать вопросы суд, стороны, подсудимый, потерпевший. Эксперт обязан внимательно выслушать и записать поставленные ему вопросы. Если они не вызывают затруднений, эксперт на них отвечает. Обычно же эксперту рекомендуется перед началом его допроса в судебном заседании обратиться с ходатайством, чтобы ему были заданы вопросы в письменном виде, относящиеся к конкретным фактам, рассматриваемым судом. Эксперт обязан отказаться от ответа на вопросы, выходящие за пределы его ком­петенции. Он также должен отказаться отвечать на неконкретные вопросы, задаваемые в общей форме, и на такие, на которые эксперт вообще не может ответить.

***Экспертиза на дому у подэкспертного.*** Судебно-медицинскую экспертизу приходится иногда проводить и на дому у подэкспертного. Это имеет место по различным поводам по отноше­нию к потерпевшему, обвиняемому, привлекаемому к ответст­венности, свидетелям, вызываемым по делу, когда эти лица, ссылаясь на состояние своего здоровья, отказываются явиться к следователю или в судебное заседание, предъявляя листок не­трудоспособности и предписание врача о необходимости соблюдения постельного режима.

Экспертиза на дому у подэкспертного имеет свои особенности. Судебно-медицинский эксперт или врач, которому поруче­на такая экспертиза, как правило, не должен производить экс­пертизу единолично. Экспертизу на дому у такого лица необходимо производить в присутствии представителя органов расследования или суда. Последние или присутствуют при проведении экспертизы, если подэкспертный того же пола, или находятся в соседнем помещении. Такого порядка требуют необычная обстановка исследования на дому, отличающаяся от условий ле­чебного учреждения, а также возможность обвинения эксперта в дальнейшем в неправильных или незаконных действиях. Для экспертизы установления состояния здоровья часто необходимо участие врачей других специальностей (терапевта, невропатолога, окулиста).

***Экспертиза по медицинским документам.*** В некоторых случаях органы расследования или суда предла­гают провести судебно-медицинскую экспертизу и дать заключе­ние на основании имеющихся в материалах дела медицинских документов (истории болезни, амбулаторной карты и др.). Это бывает в тех случаях, когда лицо, в отношении которого необхо­димо дать заключение по интересующим органы расследования или суда вопросам, отсутствует в месте проведения экспертизы вследствие, например, отъезда или переезда на другое место жи­тельства либо по иным поводам. Поэтому эксперту в таких случа­ях приходится давать заключение на основании изучения мате­риалов дела. Судебно-следственным работникам необходимо помнить, что к экспертизе по документам, без осмотра потер­певшего можно прибегать лишь в исключительных случаях.

Если есть возможность переговорить с врачами, оказывавши­ми помощь или наблюдавшими потерпевшего, то это нужно обя­зательно сделать с помощью следователя. Эксперт-врач должен тщательно изучить медицинские документы и другие материалы, имеющие отношение к разрешаемым вопросам, и дать заключе­ние только при наличии исчерпывающих данных. Например, ес­ли документы убеждают в том, что действительно имело место проникающее ранение в области одной из главных полостей тела (черепа, груди, живота), или на основании записей в истории бо­лезни можно составить ясное представление о том, что произош­ло тяжелое сотрясение мозга, или имеются рентгеновские сним­ки, показывающие характер повреждения кости.

В сомнительных случаях, когда записи в документах краткие и не могут дать убедительного представления о характере имев­шихся повреждений, болезненных процессов, от заключения экспертам следует воздержаться, написав, что представленные им для экспертизы материалы недостаточны для дачи судебно-медицинского заключения.

**Особенности судебно-медицинской экспертизы живых лиц**

***Время проведения экспертизы.*** При судебно-медицинской экспертизе живых лиц очень важно зафиксировать как можно раньше возникшие изменения (при повреждениях, изнасилова­нии, искусственной болезни). Чтобы иметь возможность подробно ознакомиться с этими изменениями, лучше представить то, что имеется, и с исчерпывающей полнотой ответить на по­ставленные следователем вопросы в более сжатый срок. Поэтому исследование субъекта необходимо производить возможно раньше после происшествия. Однако судебно-медицинский эксперт не всегда имеет возможность осмотреть изменения вскоре после их возникновения, так как потерпевшему нередко необходимо прежде всего оказать медицинскую помощь, или исследование приходится производить спустя продолжительное время после получения повреждений. Состояние потерпевшего также может препятствовать осмотру его экспертом. Возмож­ность осмотра пострадавшего, поступившего в лечебное учреж­дение, должна устанавливаться только лечащим врачом и с его разрешения, как бы ни настаивал на осмотре следователь. В та­ких случаях эксперт все-таки должен переговорить с лечащим врачом потерпевшего, получить от него необходимые сведения и в свою очередь объяснить ему, что нужно сохранить при вра­чебном вмешательстве (например, при хирургической обработке раны) и на что обратить внимание.

Иногда в таких случаях эксперт должен рекомендовать сле­дователю провести допрос врачей, оказавших первую помощь потерпевшему, особое внимание обращая на те данные, которые необходимы для дальнейшего экспертного заключения.

Если эксперт имеет возможность осмотреть потерпевшего тут же или вскоре после получения повреждения, т.е. до того, как последний обратился за оказанием медицинской помощи, он во избежание инфицирования раны фиксирует в документе экспертизы только то, что можно обнаружить при осмотре, и после оказания первой помощи направляет потерпевшего в по­ликлинику или стационарное лечебное учреждение для лечения. Потерпевшему предлагается в таких случаях прийти для повтор­ного обследования через определенный срок. Данные о прове­денном лечении эксперт получает через следователя. Последний также оформляет запрос в лечебное учреждение о выдаче после окончания лечения справки о всех обнаруженных изменениях и повреждениях.

Повторное исследование потерпевшего необходимо прово­дить по ряду причин. В одних случаях при осмотре только что полученного повреждения эксперт не может быть уверен в его исходе. Поэтому он не может дать заключения и вынужден ждать исхода повреждения. В практике бывает так, что повреж­дение, кажущееся при первом осмотре легким, на самом деле в дальнейшем может причинить вред здоровью средней тяжести или даже тяжкий. Особенно серьезного внимания заслуживают повреждения головы (черепно-мозговые травмы). Когда потер­певший направляется к эксперту непосредственно после полу­чения повреждения (травмы) головы, эксперт ни в коем случае не должен немедленно давать заключение о степени тяжести такого повреждения, даже если нет угрожающих симптомов. За­ключение по данному повреждению следует давать только после определившегося исхода черепно-мозговой травмы.

Повторное исследование пострадавшего иногда приходится проводить неоднократно и в тех случаях, когда повреждение требу­ет длительного амбулаторного или стационарного лечения. Исход, а следовательно, и степень тяжести вреда здоровью могут быть оп­ределены лишь после установленного исхода повреждения.

***Лица, присутствующие при судебно-медицинской экспертизе.*** В инструкции о производстве судебно-медицинской экспертизы имеется общее указание на то, что все виды судебно-медицинской экспертизы, осуществляемые по требованию орга­нов следствия или суда, производятся в присутствии их предста­вителей. Последние иногда присутствуют при экспертизе живых лиц в особо серьезных и сложных случаях.

Гинекологическое исследование малолетних производится обязательно в присутствии одного из родителей, или сопровож­дающих обследуемых старших, или представителей отдела на­родного образования. Присутствие понятых при экспертизе живых лиц не требуется.

Экспертиза в лечебных учреждениях, судебно-медицинских или других специализированных амбулаториях практически всегда производится в присутствии среднего и младшего медицинского персонала. На практике в присутствии этих лиц всегда производится также акушерско-гинекологическая экспертиза. При этой экспертизе даже рекомендуется присутствие фельдшера, медицинской сестры, младшего медицинского персонала для оказания помощи, необходимой эксперту при ее проведении. Судебно-медицинскую экспертизу на дому, как было указано выше, необходимо производить в присутствии следователя или уполномоченных им лиц (лица).

**Общий порядок судебно-медицинской экспертизы живых лиц**

1. ***Ознакомление с документами,*** на основании которых должна быть произведена судебно-медицинская экспертиза. Она может производиться только по постановлению органов следст­вия или определению суда, без чего эксперт не может и не дол­жен производить исследования потерпевшего. Такое исследование, если оно даже и будет произведено, не является эксперти­зой. Эксперт в таких случаях может быть вызван в суд лишь в качестве свидетеля, а его заключение может фигурировать толь­ко в виде свидетельского показания. Экспертом же в этом слу­чае должен быть назначен другой врач — судебный медик. Ор­ган, принявший дело к производству, выносит постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы, в котором изла­гает кратко обстоятельства дела и ставит перед экспертом во­просы, подлежащие разрешению. Судебно-медицинский эксперт начинает проведение экспер­тизы с внимательного изучения документов, на основании кото­рых она должна быть проведена, и вопросов, подлежащих раз­решению. Следует также обращать внимание на содержание, оформление медицинских и других документов, подписи, печа­ти, штампы, учитывая возможность их подделки.
2. ***Ознакомление с личностью обследуемого.*** После ознакомле­ния с документами о направлении на экспертизу эксперту реко­мендуется ознакомиться с личностью подэкспертного по пас­порту или иным документам. В случае сомнения эксперт прово­дит проверку через органы следствия или суда.
3. ***Ознакомление с материалами уголовного дела,*** медицинскими документами. Эксперт должен прежде всего ознакомиться с материалами дела, необходимыми для дачи заключения. Объем материала, представляемого эксперту для ознакомления, опре­деляет следователь. Эксперт, ознакомившись с представленными ему материалами, выясняет, достаточны ли эти материалы для дачи заключения и ответа на поставленные следователем вопро­сы или же необходимы еще какие-либо дополнительные материалы. В последнем случае эксперт сообщает следователю, ка­кие материалы необходимы ему для заключения. Следователь излагает эксперту те пункты, по которым должно быть дано за­ключение. Обвиняемый также имеет право представить в пись­менной форме те вопросы, по которым должно быть дано за­ключение. Эксперт имеет право с разрешения следователя озна­комиться с теми обстоятельствами дела, уяснение которых необ­ходимо ему для дачи заключения.

Если эксперт находит, что представленные ему следователем документы недостаточны для дачи заключения, он составляет мотивированное сообщение о невозможности дать заключение. В этих случаях пределы материалов предварительного следствия, которые должны быть представлены эксперту, разрешаются прокурором или судом, которым подсудно данное дело (ст. 171 УПК РСФСР).

Обязательным для эксперта является ознакомление со всеми медицинскими документами, относящимися к данному делу. Обычно следователь представляет эксперту медицинские доку­менты в подлинниках. Никогда не следует пользоваться выпис­ками из медицинских документов. Они очень часто не содержат необходимых данных, нередко составляются наспех и неквалифицированно. Это связано еще с тем, что лицо, составляющее выписку, например, из истории болезни (обычно это медицин­ская сестра), не знает, что требуется эксперту, и иногда не вклю­чает в выписку очень важные данные или сокращает их. Поэтому эксперт всегда должен требовать через следователя подлинник медицинского документа, который затем должен быть возвращен следователем в лечебное учреждение.

Следователь имеет право изъять в случае надобности любой документ и приобщить его к делу. Запрашивать медицинские документы и другие материалы, необходимые для экспертизы, должен не эксперт, а только следователь. Все материалы, необ­ходимые для дачи заключения, эксперт получает исключитель­но от следователя и никаким другим путем. Следователь обя­зан представить эксперту все необходимые для экспертизы и заключения материалы, в том числе и уголовного дела, т.е. те, без которых не могут быть произведена экспертиза и дано за­ключение.

Полученные материалы эксперт детально изучает, обращая особое внимание на те данные, которые имеют значение для разрешения поставленных перед экспертизой вопросов. Особое внимание следует обращать на правильность и подлинность ме­дицинских документов, рентгеновских снимков, штампы, печа­ти, даты и их соответствие обстоятельствам дела, а в случае со­мнения передать их следователю для уточнения.

После изучения всех материалов и представленных докумен­тов эксперт приступает к опросу подэкспертного. При необхо­димости допрос подэкспертного по вопросам, интересующим эксперта, должен проводиться следователем в присутствии экс­перта. При проведении экспертизы без следователя эксперт, по­лучая от обследуемогоим лица сведения, которые не имелись в материалах дела, не заносит их в документ экспертизы, а сооб­щает о них следователю. Последний допрашивает такое лицо и включает материалы допроса в дело. Если эксперт сам внесет полученные им новые сведения, не имевшиеся в деле, в доку­мент экспертизы, то он может быть переведен из эксперта в свидетели. И в суде сможет фигурировать уже не как эксперт, а как свидетель, дающий показания о фактах, не известных следствию и суду.

1. ***Опрос подэкспертного*** для собирания судебно-медицинского анамнеза эксперт вправе делать сам, начиная с выяснения тех обстоятельств, которые необходимы для разрешения поставленных вопросов. Например, о времени получения по­вреждения, об орудии, которым оно было нанесено, механизме нанесения, течении заболевания и другие данные. Опрос необ­ходимо проводить подробно и последовательно, выясняя отдельные обстоятельства и детали о получении повреждений,их течении и др.

Важно учитывать, что подэкспертный сообщает данные, исходя прежде всего из своих интересов, и нередко без умысла, а иногда и сознательно, может излагать данные, относящиеся к происшествию не так, как это было на самом деле. Неправильные данные могут относиться к различным обстоятельствам: возникновению повреждений, времени их получения, течению и т.д.

Особенно важно иметь в виду возможность умышленного ложного освещения тех или иных данных с целью введения эксперта в заблуждение (например, предъявление старых кро­воподтеков за недавно полученные и т.д.). Необходимо поэто­му критически относиться к объяснениям подэкспертного, об­ращать внимание на противоречия в его объяснениях и сопос­тавлять их с объективными данными. Одной из главных задач, стоящих перед экспертизой, и является установление соответствия или несоответствия объективных данных объяснениям подэкспертного.

Все сомнительные данные должны быть особенно тщатель­но проверены повторными вопросами, «контрольным» сопос­тавлением. Однако эксперт ни вкоем случае и никогда не должен высказывать своих сомнений, вступать в пререкания или спор с подэкспертным, уличать его во лжи или противоре­чиях. После получения всех необходимых данных эксперт опрашивает обследуемого о его жалобах. Внимательно и подроб­но расспрашивая, эксперт вносит их в документ экспертизы. Затем приступает к осмотру.

 ***Осмотр подэкспертного*** имеет целью и задачей выявить объективные данные: имеющиеся повреждения и другие изме­нения. Осмотр необходимо производить постепенно, последо­вательно, в определенном порядке. Осмотр должен произво­диться обязательно при естественном освещении. Для более детальных осмотров с лупой можно применять и специальное освещение участков тела, где имеются изменения. Осмотр нужно начинать с выяснения того, какие повреждения имеются у обследуемого. Затем осматривают последовательно отдельные части тела, и в этом же порядке описывают обнаруженные изменения и повреждения.

В уголовных (гражданских) делах, когда обследуемый может быть заинтересован в предъявлении всех имеющихся у него изменений и повреждений, эксперт иногда может ограничиться осмотром того, что предъявляет подэкспертный. В более сложных и сомнительных случаях, особенно при осмотре подозреваемых и обвиняемых, а также потерпевших целесообразно предложить обследуемому раздеться совсем, затем производить осмотр. Это дает полное и правильное представление об имеющихся изменениях и повреждениях и их характере, лишает возможности подэкспертного скрыть какие-либо повреждения, а эксперт может быть уверен в том, что он все осмотрел. Подобный осмотр необходимо производить всегда. Эксперт должен иметь в виду, что иногда подэкспертный по различным причинам старается не предъявить, скрыть имеющиеся у него изменения или повреждения, ввести эксперта в заблуждение. Для этого-то и требуется полный осмотр подэкспертного. Последовательно осматривают отдельные части тела: голову, шею, грудь, спину, верхние конечности, нижние конечности и особенно тщательно скрытые части тела: подмышечные впадины, части тела под молочными железами ягодичные складки. Такой полный осмотр эксперту следует отметить в своем заключении.

***Описание обнаруженных изменений.*** После осмотра всех изменений эксперт приступает к их описанию. Последовательно описываются повреждения, расположенные на отдельных частях тела, и другие изменения и особенности, в зависимости от характера объекта. Порядок может быть принят различный, однако рекомендуется описывать изменения и особенности, начиная с головы, затем переходить к осмотру шеи, верхних конечностей, груди, спины и живота, области половых органов, ягодиц, нижних конечностей.

Каждое повреждение и изменение (например, татуировка, рубец) описываются отдельно. Если повреждений (рубцов) много, их объединяют в отдельные группы и описывают. Можно описывать повреждения последовательно под номерами, но нужно обязательно указывать все.

Помимо описания обнаруженных изменений и поврежде­ний, рекомендуется занести их на схемы. Хорошо это делать цветными карандашами, что особенно необходимо для показа кровоподтеков. Во всех сложных экспертизах следует фотогра­фировать повреждения. Обязательно должны быть сфотографи­рованы повреждения лица, так как в дальнейшем может воз­никнуть вопрос о его обезображивании.

При некоторых видах судебно-медицинской экспертизы приходится измерять отдельные органы, объемы тела. Такие из­мерения должны производиться по определенной методике, иначе полученные результаты не будут достоверными. Для про­ведения измерений необходимо пользоваться специальными из­мерительными приборами, которые предварительно должны быть проверены и заклеймены в соответствующих региональных отделах Комитета РФ по стандартизации, метрологии и серти­фикации. К таким приборам, необходимым в судебно-медицин­ской практике, относятся: медицинские весы, ростомер, санти­метровые ленты и специальные циркули. В практике эксперти­зы утраты трудоспособности используют и другие приборы: ди­намометр — для определения силы мышц, спирометр — для оп­ределения жизненной емкости легких. Всеми упомянутыми приборами должны быть оборудованы и судебно-медицинские кабинеты.

***Осмотр одежды обследуемого.*** Для выяснения ряда вопросов, интересующих органы следствия и суд, большое значение имеет осмотр судебно-медицинским экспертом одежды, обуви, голов­ного убора подэкспертного.

Повреждения наносятся не только открытым частям тела, но и прикрытым одеждой, поэтому на ней остаются следы от дей­ствия орудий, оружия и другие особенности. Судебно-медицинский эксперт, осматривая подэкспертного, обязательно должен обратить внимание на одежду. Большое значение имеет осмотр одежды в том случае, когда подозревают, что подэкспертный сам нанес себе те повреждения, которые он выдает за повреж­дения, причиненные другим лицом. Сопоставление (проециро­вание) повреждений на одежде и на теле иногда позволяет уста­новить, что ее повреждения возникли неодновременно с повре­ждениями тела, не совпадают с ними. Одежда может потребо­вать специального (криминалистического, судебно-химического) исследования. В таких случаях одежда как вещественное доказательство направляется следователем для криминалистиче­ской или судебно-химической экспертизы.

Исследования одежды для разрешения ряда специальных вопросов должны производиться судебно-медицинским экс­пертом или экспертом-криминалистом, судебным химиком с применением всех необходимых методов исследования. Экс­пертже в ряде случаев осматривает одежду потерпевшего, и поэтому он должен уметь увидеть и описать имеющиеся на ней повреждения, следы и другие особенности. Одежда, требующая специального исследования, может быть изъята и направлена на экспертизу только следователем. Эксперт, установив, что одежда требует специального исследования, сообщает об этом следователю.

***Специальные исследования.*** В большинстве случаев для прове­дения судебно-медицинской экспертизы достаточно осмотра подэкспертного без каких-либо дополнительных исследований, требующих специальных знаний. Это бывает в тех случаях, ко­гда имеются поверхностные повреждения и нет подозрений на какие-либо повреждения более глубоких тканей, костей, внут­ренних органов, т.е. когда речь идет о повреждениях легких, без причинения расстройства здоровью.

Но иногда эксперт не может ограничиться осмотром подэкс­пертного, а для ответа на поставленные вопросы требуются до­полнительные и специальные исследования не только испытуе­мого, но и лабораторные исследования, например, его биологи­ческих выделений, вещественных доказательств и т.д.

Заключение эксперта может основываться на результатах таких специальных исследований. Результаты специальных ис­следований и заключение консультантов-специалистов зано­сятся в документ судебно-медицинской экспертизы, к нему прилагаются рентгеновские снимки и заключение по лабора­торным исследованиям.

***Документ судебно-медицинской экспертизы, его структура и составление.*** К составлению «Заключения эксперта» судебный медик должен относиться с особой тщательностью. Этот доку­мент в дальнейшем в судебном процессе является доказатель­ством по делу. Он должен быть исчерпывающим и безукориз­ненным как по содержанию, так и по форме, полностью отра­жать то, что было обнаружено у подэкспертного, и давать на­учно обоснованные ответы на поставленные эксперту вопросы.

Данный документ должен быть хорошо иллюстрирован фото­графиями, схемами, рисунками. Содержание заключения экс­перта предусмотрено ст. 191 УПК РСФСР. Сюда же включают и данные, полученные экспертом при ознакомлении с меди­цинскими документами, т.е. извлечения из них. В этих вы­держках указывают наименование самого документа, подлин­ник или копию, дату, номер, учреждение, в котором заполнен документ, и все данные, необходимые для дачи судебно-медицинского заключения.

Заключение подписывается судебно-медицинским экспер­том или экспертами, консультантом, если он участвовал в ка­честве эксперта в проведении экспертизы. Документ экспер­тизы заверяют печатью. К документу прилагают заверенные подписью эксперта и печатью схемы, рисунки, фотографии. При этом в самом документе должно быть указано, что к не­му прилагается.

## Экспертиза степени тяжести причинения вреда здоровью

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ

от 24 апреля 2008 г. N 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 г. N 522 (Собрание

законодательства Российской Федерации, 2007, N 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 РФ

 от 24 апреля 2008 г. N 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. N 522 "Об утверждении Правил определения

степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека" (далее - Правила).

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.

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.

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.

5. Под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение

анатомической целости и физиологической функции органов и тканей человека

в результате воздействия физических, химических, биологических и

психогенных факторов внешней среды\*.

**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).

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;

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;

6.1.3. внутричерепная травма: размозжение 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;

6.1.4. рана шеи, проникающая в просвет глотки или гортани, или

шейного отдела трахеи, или шейного отдела пищевода; ранение щитовидной

железы;

6.1.5. перелом хрящей гортани: щитовидного или перстневидного, или

черпаловидного, или надгортанного, или рожковидного, или трахеальных

хрящей;

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;

6.1.7. вывих одного или нескольких шейных позвонков; травматический

разрыв межпозвоночного диска на уровне шейного отдела позвоночника со

сдавлением спинного мозга;

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

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;

6.1.10. закрытое повреждение (размозжение, 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;

6.1.11. множественные двусторонние переломы ребер с нарушением

анатомической целости каркаса грудной клетки или множественные

односторонние переломы ребер по двум и более анатомическим линиям с

образованием подвижного участка грудной стенки по типу "реберного

клапана";

6.1.12. перелом грудного отдела позвоночника: перелом тела или дуги

одного грудного позвонка с нарушением функции спинного мозга, либо

нескольких грудных позвонков;

6.1.13. вывих грудного позвонка; травматический разрыв

межпозвоночного диска в грудном отделе со сдавлением спинного мозга;

6.1.14. ушиб грудного отдела спинного мозга с нарушением его

функции;

6.1.15. рана живота, проникающая в брюшную полость, в том числе без

повреждения внутренних органов;

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;

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 горизонтальной части двенадцатиперстной кишки,

или восходящей и нисходящей ободочной кишки;

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";

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);

6.1.22. рана стенки влагалища или прямой кишки, или промежности,

проникающая в полость и (или) клетчатку малого таза;

6.1.23. двусторонние переломы переднего тазового полукольца с

нарушением 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 Мальгеня); диагональные переломы - вертикальные переломы в

переднем и заднем отделах таза на противоположных сторонах (перелом

Воллюмье); различные сочетания переломов костей и разрывов сочленений

таза в переднем и заднем отделах;

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";

6.1.25. открытое или закрытое повреждение спинного мозга: полный или

неполный перерыв спинного мозга; размозжение спинного мозга;

6.1.26. повреждение (разрыв, отрыв, рассечение, травматическая

аневризма) крупных кровеносных сосудов: аорты или сонной артерии (общей,

наружной, внутренней), или подключичной, или подмышечной, или плечевой,

или подвздошной (общей, наружной, внутренней), или бедренной, или

подколенной артерий и (или) сопровождающих их магистральных вен;

6.1.27. тупая травма рефлексогенных зон: области гортани, области

каротидных синусов, области солнечного сплетения, области наружных

половых органов при наличии клинических и морфологических данных;

6.1.28. термические или химические, или электрические, или лучевые

ожоги III-IV степени, превышающие 10% поверхности тела; ожоги III

степени, превышающие 15% поверхности тела; ожоги II степени, превышающие

20% поверхности тела; ожоги меньшей площади, сопровождавшиеся развитием

ожоговой болезни; ожоги дыхательных путей с явлениями отека и сужением

голосовой щели;

6.1.29. отморожения III-IV степени с площадью поражения, превышающей

10% поверхности тела; отморожения III степени с площадью поражения,

превышающей 15% поверхности тела; отморожения II степени с площадью

поражения, превышающей 20% поверхности тела;

6.1.30. лучевые поражения, проявляющиеся острой лучевой болезнью

тяжелой и крайне тяжелой степени.

6.2. Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший

расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может

быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается

смертью (далее - угрожающее жизни состояние):

6.2.1. шок тяжелой (III-IV) степени;

6.2.2. кома II-III степени различной этиологии;

6.2.3. острая, обильная или массивная кровопотери;

6.2.4. острая сердечная и (или) сосудистая недостаточность тяжелой

степени, или тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения;

6.2.5. острая почечная или острая печеночная, или острая

надпочечниковая недостаточность тяжелой степени, или острый

панкреонекроз;

6.2.6. острая дыхательная недостаточность тяжелой степени;

6.2.7. гнойно-септическое состояние: сепсис или перитонит, или

гнойный плеврит, или флегмона;

6.2.8. расстройство регионального и (или) органного кровообращения,

приводящее к инфаркту внутреннего органа или гангрене конечности; эмболия

(газовая, жировая, тканевая, или тромбоэмболии) сосудов головного мозга

или легких;

6.2.9. острое отравление химическими и биологическими веществами

медицинского и немедицинского применения, в том числе наркотиками или

психотропными средствами, или снотворными средствами, или препаратами,

действующими преимущественно на сердечно-сосудистую систему, или

алкоголем и его суррогатами, или техническими жидкостями, или

токсическими металлами, или токсическими газами, или пищевое отравление,

вызвавшее угрожающее жизни состояние, приведенное в пунктах 6.2.1-6.2.8

Медицинских критериев;

6.2.10. различные виды механической асфиксии; последствия общего

воздействия высокой или низкой температуры (тепловой удар, солнечный

удар, общее перегревание, переохлаждение организма); последствия

воздействия высокого или низкого атмосферного давления (баротравма,

кессонная болезнь); последствия воздействия технического или атмосферного

электричества (электротравма); последствия других форм неблагоприятного

воздействия (обезвоживание, истощение, перенапряжение организма),

вызвавшие угрожающее жизни состояние, приведенное в пунктах 6.2.1-6.2.8

Медицинских критериев.

6.3. Потеря зрения - полная стойкая слепота на оба глаза или такое

необратимое состояние, когда в результате травмы, отравления либо иного

внешнего воздействия у человека возникло ухудшение зрения, что

соответствует остроте зрения, равной 0,04 и ниже.

Потеря зрения на один глаз оценивается по признаку стойкой утраты

общей трудоспособности.

Посттравматическое удаление одного глазного яблока, обладавшего

зрением до травмы, также оценивается по признаку стойкой утраты общей

трудоспособности.

Определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, в

результате потери слепого глаза проводится по признаку длительности

расстройства здоровья.

6.4. Потеря речи - необратимая потеря способности выражать мысли

членораздельными звуками, понятными для окружающих.

6.5. Потеря слуха - полная стойкая глухота на оба уха или такое

необратимое состояние, когда человек не слышит разговорную речь на

расстоянии 3-5 см от ушной раковины.

Потеря слуха на одно ухо оценивается по признаку стойкой утраты

общей трудоспособности.

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

6.6.1. потеря руки или ноги, т.е. отделение их от туловища или

стойкая утрата ими функций (паралич или иное состояние, исключающее их

функции); потеря кисти или стопы приравнивается к потере руки или ноги;

6.6.2. потеря производительной способности, выражающаяся у мужчин в

способности к совокуплению или оплодотворению, у женщин - в способности к

совокуплению или зачатию, или вынашиванию, или деторождению;

6.6.3. потеря одного яичка.

6.7. Прерывание беременности - прекращение течения беременности

независимо от срока, вызванное причиненным вредом здоровью, с развитием

выкидыша, внутриутробной гибелью плода, преждевременными родами либо

обусловившее необходимость медицинского вмешательства.

Прерывание беременности в результате заболеваний матери и плода

должно находиться в прямой причинно-следственной связи с причиненным

вредом здоровью и не должно быть обусловлено индивидуальными

особенностями организма женщины и плода (заболеваниями, патологическими

состояниями), которые имелись до причинения вреда здоровью.

Если внешние причины обусловили необходимость прерывания

беременности путем медицинского вмешательства (выскабливание матки,

кесарево сечение и прочее), то эти повреждения и наступившие последствия

приравниваются к прерыванию беременности и оцениваются как тяжкий вред

здоровью.

6.8. Психическое расстройство, возникновение которого должно

находиться в причинно-следственной связи с причиненным вредом здоровью,

т.е. быть его последствием.

6.9. Заболевание наркоманией либо токсикоманией

6.10. Неизгладимое обезображивание лица

Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, выразившегося

в неизгладимом обезображивании его лица, определяется судом.

Производство судебно-медицинской экспертизы ограничивается лишь

установлением неизгладимости данного повреждения, а также его медицинских

последствий в соответствии с Медицинскими критериями.

Под неизгладимыми изменениями следует понимать такие повреждения

лица, которые с течением времени не исчезают самостоятельно (без

хирургического устранения рубцов, деформаций, нарушений мимики и прочее,

либо под влиянием нехирургических методов) и для их устранения требуется

оперативное вмешательство (например, косметическая операция).

6.11. Значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее

чем на одну треть (стойкая утрата общей трудоспособности свыше 30

процентов).

К тяжкому вреду здоровья, вызывающему значительную стойкую утрату

общей трудоспособности не менее чем на одну треть, независимо от исхода и

оказания (неоказания) медицинской помощи, относят следующие повреждения:

6.11.1. открытый или закрытый перелом плечевой кости:

внутрисуставной (головки плеча) или околосуставной (анатомической шейки,

под - и чрезбугорковый), или хирургической шейки или диафиза плечевой

кости;

6.11.2. открытый или закрытый перелом костей, составляющих локтевой

сустав;

6.11.3. открытый или закрытый перелом-вывих костей предплечья:

перелом локтевой в верхней или средней трети с вывихом головки лучевой

кости (перелом-вывих Монтеджа) или перелом лучевой кости в нижней трети с

вывихом головки локтевой кости (перелом-вывих Галеацци);

6.11.4. открытый или закрытый перелом вертлужной впадины со

смещением;

6.11.5. открытый или закрытый перелом проксимального отдела

бедренной кости: внутрисуставной (перелом головки и шейки бедра) или

внесуставной (межвертельный, чрезвертельный переломы), за исключением

изолированного перелома большого и малого вертелов;

6.11.6. открытый или закрытый перелом диафиза бедренной кости;

6.11.7. открытый или закрытый перелом костей, составляющих коленный

сустав, за исключением надколенника;

6.11.8. открытый или закрытый перелом диафиза большеберцовой кости;

6.11.9. открытый или закрытый перелом лодыжек обеих берцовых костей

в сочетании с переломом суставной поверхности большеберцовой кости и

разрывом дистального межберцового синдесмоза с подвывихом и вывихом

стопы;

6.11.10. компрессионный перелом двух и более смежных позвонков

грудного или поясничного отдела позвоночника без нарушения функции

спинного мозга и тазовых органов;

6.11.11. открытый вывих плеча или предплечья, или кисти, или бедра,

или голени, или стопы с разрывом связочного аппарата и капсулы сустава.

Стойкая утрата общей трудоспособности в иных случаях определяется в

процентах, кратных пяти, в соответствии с Таблицей процентов стойкой

утраты общей трудоспособности в результате различных травм, отравлений и

других последствий воздействия внешних причин, прилагаемой к настоящим

Медицинским критериям.

6.12. Полная утрата профессиональной трудоспособности

Профессиональная трудоспособность связана с возможностью выполнения

определенного объема и качества работы по конкретной профессии

(специальности), по которой осуществляется основная трудовая

деятельность.

Степень утраты профессиональной трудоспособности определяется в

соответствии с Правилами установления степени утраты профессиональной

трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и

профессиональных заболеваний, утвержденных постановлением Правительства

Российской Федерации от 16 октября 2000 г. N 789 (Собрание

законодательства Российской Федерации, 2000, N 43, ст. 4247).

7. Медицинскими критериями квалифицирующих признаков в отношении

средней тяжести вреда здоровью, являются:

7.1. Временное нарушение функций органов и (или) систем (временная

нетрудоспособность) продолжительностью свыше трех недель (более 21 дня)

(далее - длительное расстройство здоровья).

7.2 Значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на

одну треть - стойкая утрата общей трудоспособности от 10 до 30 процентов

включительно.

8. Медицинскими критериями квалифицирующих признаков в отношении

легкого вреда здоровью являются:

8.1 Временное нарушение функций органов и (или) систем (временная

нетрудоспособность) продолжительностью до трех недель от момента

причинения травмы (до 21 дня включительно) (далее - кратковременное

расстройство здоровья).

8.2 Незначительная стойкая утрата общей трудоспособности - стойкая

утрата общей трудоспособности менее 10 процентов.

9. Поверхностные повреждения, в том числе: ссадина, кровоподтек,

ушиб мягких тканей, включающий кровоподтек и гематому, поверхностная рана

и другие повреждения, не влекущие за собой кратковременного расстройства

здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности,

расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

**III. Заключительные положения**

10. Для определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью

человека, достаточно наличия одного Медицинского критерия.

11. При наличии нескольких Медицинских критериев тяжесть вреда,

причиненного здоровью человека, определяется по тому критерию, который

соответствует большей степени тяжести вреда.

12. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, при

наличии нескольких повреждений, возникших от неоднократных травмирующих

воздействий (в том числе при оказании медицинской помощи), определяется

отдельно в отношении каждого такого воздействия.

13. В случае если множественные повреждения взаимно отягощают друг

друга, определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека,

производится по их совокупности.

14. При наличии повреждений разной давности возникновения

определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, каждым

из них, производится отдельно.

15. Возникновение угрожающего жизни состояния должно быть

непосредственно связано с причинением вреда здоровью, опасного для жизни

человека, причем эта связь не может носить случайный характер.

16. Предотвращение смертельного исхода, обусловленное оказанием

медицинской помощи, не должно приниматься во внимание при определении

степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

17. Расстройство здоровья состоит во временном нарушении функций

органов и (или) систем органов, непосредственно связанное с повреждением,

заболеванием, патологическим состоянием, обусловившее временную

нетрудоспособность.

18. Продолжительность нарушения функций органов и (или) систем

органов (временной нетрудоспособности) устанавливается в днях исходя из

объективных медицинских данных, поскольку длительность лечения может не

совпадать с продолжительностью ограничения функций органов и (или) систем

органов человека. Проведенное лечение не исключает наличия у живого лица

посттравматического ограничения функций органов и (или) систем органов.

19. Утрата общей трудоспособности при неблагоприятном трудовом и

клиническом прогнозах либо при определившемся исходе независимо от сроков

ограничения трудоспособности, либо при длительности расстройства здоровья

свыше 120 дней (далее - стойкая утрата общей трудоспособности).

20. Стойкая утрата общей трудоспособности заключается в необратимой

утрате функций в виде ограничения жизнедеятельности (потеря врожденных и

приобретенных способностей человека к самообслуживанию) и

трудоспособности человека независимо от его квалификации и профессии

(специальности) (потеря врожденных и приобретенных способностей человека

к действию, направленному на получение социально значимого результата в

виде определенного продукта, изделия или услуги).

21. У детей трудовой прогноз в части возможности в будущем стойкой

утраты общей (профессиональной) трудоспособности определяют также как у

взрослых, в соответствии с настоящими Медицинскими критериями.

22. В случае возникновения необходимости в специальном медицинском

обследовании живого лица проводится комиссионная судебно-медицинская

экспертиза с участием врачей - специалистов тех медицинских учреждений, в

которых имеются условия, необходимые для ее проведения.

23. При производстве судебно-медицинской экспертизы в отношении

живого лица, имеющего какое-либо предшествующее травме заболевание либо

повреждение части тела с полностью или частично ранее утраченной

функцией, учитывается только вред, причиненный здоровью человека,

вызванный травмой и причинно с ней связанный.

24. Ухудшение состояния здоровья человека, вызванное характером и

тяжестью травмы, отравления, заболевания, поздними сроками начала

лечения, его возрастом, сопутствующей патологией и др. причинами, не

рассматривается как причинение вреда здоровью.

25. Ухудшение состояния здоровья человека, обусловленное дефектом

оказания медицинской помощи, рассматривается как причинение вреда

здоровью.

26. Установление степени тяжести вреда, причиненного здоровью

человека, в случаях, указанных в пунктах 24 и 25 Медицинских критериев,

производится также в соответствии с Правилами и Медицинскими критериями.

27. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, не

определяется, если:

в процессе медицинского обследования живого лица, изучения

материалов дела и медицинских документов сущность вреда здоровью

определить не представляется возможным;

на момент медицинского обследования живого лица не ясен исход вреда

здоровью, не опасного для жизни человека;

живое лицо, в отношении которого назначена судебно-медицинская

экспертиза, не явилось и не может быть доставлено на судебно-медицинскую

экспертизу либо живое лицо отказывается от медицинского обследования;

медицинские документы отсутствуют либо в них не содержится

достаточных сведений, в том числе результатов инструментальных и

лабораторных методов исследований, без которых не представляется

возможным судить о характере и степени тяжести вреда, причиненного

здоровью человека.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Пункт 2 Правил определения степени тяжести вреда, причиненного

здоровью человека, утвержденных постановлением Правительства РФ от

17.08.2007 N 522.

Приложение

к Медицинским критериям

определения степени тяжести вреда,

причиненного здоровью человека,

утвержденным приказом

Министерства здравоохранения

и социального развития РФ

от 24 апреля 2008 г. N 194н

Таблица

процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных

травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин\*

+-----------------------------------------------------------------------N

|N п/п| Вред, причиненный здоровью человека в результате | Процент |

| | различных травм, отравлений и других последствий | стойкой |

| | воздействия внешних причин |утраты общей |

| | |трудоспособ- |

| | | ности |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 1 | 2 | 3 |

|-----------------------------------------------------------------------|

| |

| Центральная и периферическая нервная системы |

| |

|-----------------------------------------------------------------------|

| 1 |Остаточные явления тяжелой черепно-мозговой травмы:| |

| | | |

| |а) значительное снижение интеллекта, значительное| 75 |

| |уменьшение объема движений и силы в конечностях,| |

| |резкое или значительное нарушение координации,| |

| |эпилептические припадки (не реже одного раза в| |

| |месяц); | |

| | | |

| |б) выраженное слабоумие, параличи, частые| 100 |

| |эпилептические припадки (не реже одного раза в| |

| |неделю), нарушение процесса узнавания (агнозия),| |

| |нарушение целенаправленного действия (апраксия),| |

| |резкое нарушение или потеря речи (афазия),| |

| |отсутствие координации движения (атаксия), резкие| |

| |вестибулярные и мозжечковые расстройства. | |

| | | |

| |Примечание. | |

| |Для установления процента стойкой утраты общей| |

| |трудоспособности достаточно наличия одного| |

| |остаточного явления тяжелой черепно-мозговой| |

| |травмы, предусмотренного настоящим пунктом. | |

| | | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 2 |Тяжелая черепно-мозговая травма, повлекшая: | |

| | | |

| |а) легкие нарушения координации, легкое повышение| 30 |

| |тонуса мышц и снижение силы в конечностях,| |

| |умеренные двигательные расстройства, нарушения| |

| |чувствительности, единичные эпилептические| |

| |припадки; | |

| | | |

| |б) умеренные нарушения координации, умеренное| 45 |

| |повышение тонуса мышц и снижение силы в| |

| |конечностях, нерезко выраженные двигательные| |

| |расстройства, редкие эпилептические припадки (2-3| |

| |раза в год); | |

| | | |

| |в) значительные нарушения координации, выраженное| 60 |

| |повышение тонуса мышц и снижение силы в| |

| |конечностях, снижение интеллекта, ослабление| |

| |памяти, эпилептические припадки (4-10 раз в год). | |

| | | |

| |Примечание. | |

| |Для установления процента постоянной утраты общей| |

| |трудоспособности необходимо наличие не менее двух| |

| |последствий тяжелой черепно-мозговой травмы,| |

| |предусмотренных настоящим пунктом, или| |

| |эпилептических припадков. | |

| | | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 3 |Черепно-мозговая травма: | |

| | | |

| |а) не повлекшая за собой возникновения| |

| |патологических изменений со стороны центральной| |

| |нервной системы; | |

| | | |

| |б) повлекшая за собой значительно выраженные| 10 |

| |вегетативные симптомы (тремор век и пальцев рук,| |

| |высокие сухожильные рефлексы, вазомоторные| |

| |нарушения и др.); | |

| | | |

| |в) повлекшая за собой отдельные очаговые симптомы| 15 |

| |(анизокория, неравенство глазных щелей, отклонение| |

| |(девиация) языка в сторону, нистагм, сглаженность| |

| |носогубной складки и др.). | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 4 |Сотрясение головного мозга, повлекшее за собой| 5 |

| |возникновение отдельных объективных признаков или| |

| |вегетативных симптомов со стороны центральной| |

| |нервной системы (неравенство глазных щелей,| |

| |нистагм, отклонение языка в сторону и др.,| |

| |вегетососудистая дистония, высокие сухожильные| |

| |рефлексы, гипергидроз, неустойчивость в позе| |

| |Ромберга и др.). | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 5 |Сотрясение головного мозга, не повлекшее за собой| - |

| |нарушений со стороны центральной нервной системы, а| |

| |также повторные сотрясения головного мозга,| |

| |подтвержденные объективной неврологической| |

| |симптоматикой, установленной в медицинском| |

| |учреждении, но не повлекшие за собой появления| |

| |новых патологических изменений со стороны| |

| |центральной нервной системы. | |

| | | |

| |Примечания: | |

| |1. Критерии стойкой утраты общей трудоспособности,| |

| |предусмотренные пунктами 4 и 5 настоящего Перечня| |

| |применяются только в том случае, когда диагноз| |

| |сотрясения головного мозга подтвержден объективными| |

| |симптомами, характерными для этого вида| |

| |черепно-мозговой травмы и установленными при| |

| |первичном обращении в медицинское учреждение. | |

| |2. В тех случаях, когда диагноз сотрясения| |

| |головного мозга не подтвержден объективными| |

| |неврологическими признаками, а поставлен на| |

| |основании анамнеза и субъективных жалоб, пункты 4 и| |

| |5 настоящего Перечня не применяются. | |

| |3. У лиц, страдающих органическим поражением| |

| |центральной нервной системы (арахноидитом,| |

| |энцефалитом, эпилепсией, нарушением мозгового| |

| |кровообращения и др.) или перенесших ранее тяжелую| |

| |черепно-мозговую травму, при наличии диагноза| |

| |сотрясения головного мозга, не подтвержденного| |

| |динамикой неврологической симптоматики, процент| |

| |утраты общей трудоспособности не устанавливается. | |

| | | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 6 |Повреждение спинного мозга на уровне шейного,| |

| |грудного или поясничного отделов позвоночника,| |

| |повлекшее за собой: | |

| | | |

| |а) легкие расстройства чувствительности,| 15 |

| |сухожильных рефлексов, без нарушения движений в| |

| |конечностях и функции тазовых органов; | |

| | | |

| |б) умеренные нарушения чувствительности,| 40 |

| |сухожильных рефлексов, легкие монопарезы, нерезко| |

| |выраженные атрофия мышц и нарушение движений,| |

| |умеренные нарушения трофики и функции тазовых| |

| |органов; | |

| | | |

| |в) значительные расстройства чувствительности;| 60 |

| |движений в конечностях, выраженные монопарезы или| |

| |умеренно выраженные парапарезы, нерезко выраженная| |

| |спастичность, нарушения трофики и функции тазовых| |

| |органов; | |

| | | |

| |г) грубые расстройства чувствительности, движений в| 100 |

| |конечностях (пара- и тетраплегии), резкие нарушения| |

| |функции тазовых органов, грубые нарушения трофики,| |

| |нарушения сердечно-сосудистой деятельности и| |

| |дыхания, резко выраженная спастичность. | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 7 |Повреждение "конского хвоста", повлекшее за собой: | |

| | | |

| |а) легкие расстройства чувствительности без| 5 |

| |нарушения рефлексов и движений в нижних| |

| |конечностях, без нарушения трофики и функции| |

| |тазовых органов (болевой синдром); | |

| | | |

| |б) легкие расстройства чувствительности,| 15 |

| |сухожильных рефлексов, незначительная гипотрофия| |

| |мышц без нарушения движений в конечностях, а также| |

| |функции тазовых органов; | |

| | | |

| |в) значительные расстройства чувствительности,| 40 |

| |гипералгезия, нарушение рефлекторной дуги (снижение| |

| |или выпадение рефлексов), грубая атрофия мышц| |

| |соответственно области иннервации, умеренные| |

| |вегетативные расстройства (похолодание нижних| |

| |конечностей), нарушение функции тазовых органов; | |

| | | |

| |г) резкие нарушения чувствительности в зоне| 60 |

| |иннервации соответствующего корешка или группы| |

| |корешков, выпадение движении (выраженный парез| |

| |одной или обеих нижних конечностей), значительное| |

| |нарушение функции тазовых органов, трофические| |

| |расстройства (язвы, цианоз, отеки) | |

| | | |

| |д) грубые расстройства чувствительности и движений| 100 |

| |в обеих нижних конечностях (полный паралич| |

| |дистальных отделов и глубокий паралич| |

| |проксимальных), резкое нарушение функции тазовых| |

| |органов, грубые нарушения трофики (пролежни,| |

| |трофические язвы). | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 8 |Травматическая радикулопатия различной локализации| 5 |

| |(в результате прямой травмы позвоночника) | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 9 |Периферическое повреждение тройничного, лицевого,| |

| |подъязычного нервов, повлекшее за собой нарушение| |

| |их функции: | |

| | | |

| |а) умеренное; | 5 |

| | | |

| |б) значительное; | 15 |

| | | |

| |в) резкое. | 25 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 10 |Повреждение шейного, плечевого сплетений и их| |

| |нервов, повлекшее за собой нарушение их функции: | |

| | | |

| |а) нарушения чувствительности, рефлексов без| 5 |

| |двигательных расстройств, атрофии, парезов,| |

| |контрактур; | |

| | | |

| |б) нарушения чувствительности и (или) рефлексов с| 15 |

| |гипотрофией мышц, легкими двигательными| |

| |расстройствами; | |

| | | |

| |в) значительное ограничение движений в суставах| 25 |

| |верхней конечности, значительные: атрофия мышц,| |

| |снижение силы, чувствительности; | |

| | | |

| |г) резкое ограничение движений в суставах верхней| 40 |

| |конечности, атрофия мышц, снижение силы, резкие| |

| |расстройства чувствительности; | |

| | | |

| |д) отсутствие движений в суставах верхней| 70 |

| |конечности, отсутствие чувствительности, резкие| |

| |нарушения трофики (трофические язвы). | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 11 |Повреждение поясничного, крестцового сплетений и их| |

| |нервов, повлекшее за собой нарушение их функции: | |

| | | |

| |а) нарушения чувствительности и/или рефлексов без| 5 |

| |двигательных расстройств, атрофии, парезов,| |

| |контрактур; | |

| | | |

| |б) нарушения чувствительности и/или рефлексов, с| 15 |

| |гипотрофией мышц, легкими двигательными| |

| |расстройствами; | |

| | | |

| |в) значительное ограничение движений в суставах| 25 |

| |нижней конечности, значительные: атрофия мышц,| |

| |снижение силы, чувствительности; | |

| | | |

| |г) резкое ограничение движений в суставах нижней| 40 |

| |конечности, атрофия мышц, снижение силы, резкие| |

| |расстройства чувствительности; | |

| | | |

| |д) отсутствие движений в суставах нижней| 70 |

| |конечности, отсутствие чувствительности, резкие| |

| |нарушения трофики (трофические язвы). | |

|-----------------------------------------------------------------------|

| |

| Органы зрения |

| |

|-----------------------------------------------------------------------|

| 12 |Паралич аккомодации: | |

| | | |

| |а) одного глаза; | 15 |

| | | |

| |б) обоих глаз. | 30 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 13 |Гемианопсия (выпадение половины поля зрения). | 30 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 14 |Сужение поля зрения: | |

| | | |

| |а) концентрическое: | |

| | | |

| |в одном глазу до 60 , | 10 |

| | | |

| |в одном глазу до 30 | 20 |

| | | |

| |в одном глазу до 5 , | 30 |

| | | |

| |в двух глазах до 60 , | 20 |

| | | |

| |в двух глазах до 30 , | 40 |

| | | |

| |в двух глазах до 5 , | 60 |

| | | |

| |б) неконцентрическое: | |

| | | |

| |в одном глазу до 50 , | 5 |

| | | |

| |в одном глазу до 25 , | 10 |

| | | |

| |в одном глазу до 5 , | 15 |

| | | |

| |в двух глазах до 50 , | 10 |

| | | |

| |в двух глазах до 25 , | 20 |

| | | |

| |в двух глазах до 5 . | 30 |

| | | |

| | | |

| |Примечание. | |

| |При снижении остроты зрения и концентрическом| |

| |сужении полей зрения в результате травмы процент| |

| |стойкой утраты общей трудоспособности в связи с| |

| |травмой одного глаза не должен превышать 35| |

| |процентов. | |

| | | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 15 |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 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 16 |Пульсирующий экзофтальм: | |

| | | |

| |а) одного глаза: | |

| | | |

| |легкая степень - умеренно выраженный, | 20 |

| | | |

| |средняя степень - значительно выраженный, | 30 |

| | | |

| |сильная степень - резко выраженный; | 40 |

| | | |

| |б) обоих глаз: | |

| | | |

| |легкая степень - умеренно выраженный, | 35 |

| | | |

| |средняя степень - значительно выраженный, | 60 |

| | | |

| |сильная степень - резко выраженный. | 85 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 17 |Конъюнктивит, кератит, рубцовый трихиаз, заворот| |

| |века одного глаза, установленные при| |

| |освидетельствовании, без снижения остроты зрения: | |

| | | |

| |а) одного глаза; | 5 |

| | | |

| |б) обоих глаз. | 10 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 18 |Иридоциклит или хориоретинит, установленные при| |

| |судебно-медицинской экспертизе, без снижения| |

| |остроты зрения: | |

| | | |

| |а) одного глаза; | 10 |

| | | |

| |б) обоих глаз. | 20 |

| | | |

| | | |

| |Примечание. | |

| |При снижении остроты зрения в результате| |

| |заболеваний, явившихся следствием травмы и| |

| |перечисленных в пунктах 17 и 18 настоящего Перечня,| |

| |стойкая утрата общей трудоспособности определяется| |

| |в соответствии с п. 24 настоящего Перечня. При этом| |

| |пункты 17 и 18 настоящего Перечня не применяются. | |

| | | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 19 |Нарушение функции слезовыводящих путей: | |

| | | |

| |а) рубцовая непроходимость слезных каналов или| 10 |

| |слезно-носового канала; | |

| | | |

| |б) травматический дакриоцистит. | 20 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 20 |Рубцы оболочек глазного яблока, колобома (дефект| 5 |

| |радужной оболочки, изменение формы зрачка),| |

| |гемофтальм, смещение хрусталика одного глаза, не| |

| |вызвавшие снижения остроты зрения. | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 21 |Полная потеря зрения: | |

| | | |

| |а) единственного глаза, обладавшего зрением; | 65 |

| | | |

| |б) обоих глаз, обладавших зрением. | 100 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 22 |Удаление в результате травмы глазного яблока, не| 5 |

| |обладавшего зрением | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 23 |Последствия перелома орбиты, не проникающего в| |

| |полость черепа: | |

| | | |

| |а) без повреждения мышц и смещения глазного яблока;| 10 |

| | | |

| |б) с повреждением глазных мышц и смещением глазного| 20 |

| |яблока. | |

| | | |

| | | |

| |Примечание. | |

| |Последствия проникающих переломов верхней стенки| |

| |орбиты определяются в соответствии с критериями| |

| |стойкой утраты общей трудоспособности,| |

| |предусмотренными пунктами 1-4 настоящего Перечня, а| |

| |непроникающих - в соответствии с пунктом 23| |

| |настоящего Перечня. | |

| | | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 24 |Снижение остроты зрения каждого глаза в результате| |

| |прямой травмы: | |

| |---------------------------------------------------+-------------|

| |Острота зрения до травмы | Острота зрения после | |

| | | травмы | |

| |-------------------------+-------------------------+-------------|

| | 1,0 | 0,9 | 5 |

| | | | |

| | | 0,8 | 5 |

| | | | |

| | | 0,7 | 5 |

| | | | |

| | | 0,6 | 5 |

| | | | |

| | | 0,5 | 10 |

| | | | |

| | | 0,4 | 10 |

| | | | |

| | | 0,3 | 15 |

| | | | |

| | | 0,2 | 20 |

| | | | |

| | | 0,1 | 25 |

| | | | |

| | | 0,09-0,05 | 30 |

| | | | |

| | | 0,04 и ниже | 35 |

|-----+-------------------------+-------------------------+-------------|

| | 0,9 | 0,8 | 5 |

| | | | |

| | | 0,7 | 5 |

| | | | |

| | | 0,6 | 5 |

| | | | |

| | | 0,5 | 5 |

| | | | |

| | | 0,4 | 10 |

| | | | |

| | | 0,3 | 10 |

| | | | |

| | | 0,2 | 15 |

| | | | |

| | | 0,1 | 20 |

| | | | |

| | | 0,09-0,05 | 30 |

| | | | |

| | | 0,04 и ниже | 35 |

|-----+-------------------------+-------------------------+-------------|

| | 0,8 | 0,7 | 5 |

| | | | |

| | | 0,6 | 5 |

| | | | |

| | | 0,5 | 10 |

| | | | |

| | | 0,4 | 10 |

| | | | |

| | | 0,3 | 15 |

| | | | |

| | | 0,2 | 20 |

| | | | |

| | | 0,1 | 25 |

| | | | |

| | | 0,09-0,05 | 30 |

| | | | |

| | | 0,04 и ниже | 35 |

|-----+-------------------------+-------------------------+-------------|

| | 0,7 | 0,6 | 5 |

| | | | |

| | | 0,5 | 5 |

| | | | |

| | | 0,4 | 10 |

| | | | |

| | | 0,3 | 10 |

| | | | |

| | | 0,2 | 15 |

| | | | |

| | | 0,1 | 20 |

| | | | |

| | | 0,09-0,05 | 25 |

| | | | |

| | | 0,04 и ниже | 30 |

|-----+-------------------------+-------------------------+-------------|

| | 0,6 | 0,5 | 5 |

| | | | |

| | | 0,4 | 5 |

| | | | |

| | | 0,3 | 10 |

| | | | |

| | | 0,2 | 10 |

| | | | |

| | | 0,1 | 15 |

| | | | |

| | | 0,09-0,05 | 20 |

| | | | |

| | | 0,04 и ниже | 25 |

|-----+-------------------------+-------------------------+-------------|

| | 0,5 | 0,4 | 5 |

| | | | |

| | | 0,3 | 5 |

| | | | |

| | | 0,2 | 10 |

| | | | |

| | | 0,1 | 10 |

| | | | |

| | | 0,09-0,05 | 15 |

| | | | |

| | | 0,04 и ниже | 20 |

|-----+-------------------------+-------------------------+-------------|

| | 0,4 | 0,3 | 5 |

| | | | |

| | | 0,2 | 5 |

| | | | |

| | | 0,1 | 10 |

| | | | |

| | | 0,09-0,05 | 15 |

| | | | |

| | | 0,04 и ниже | 20 |

|-----+-------------------------+-------------------------+-------------|

| | 0,3 | 0,2 | 5 |

| | | | |

| | | 0,1 | 5 |

| | | | |

| | | 0,09-0,05 | 10 |

| | | | |

| | | 0,04 и ниже | 20 |

|-----+-------------------------+-------------------------+-------------|

| | 0,2 | 0,1 | 5 |

| | | | |

| | | 0,09-0,05 | 10 |

| | | | |

| | | 0,04 и ниже | 20 |

|-----+-------------------------+-------------------------+-------------|

| | 0,1 | 0,09-0,05 | 10 |

| | | | |

| | | 0,04 и ниже | 20 |

|-----+-------------------------+-------------------------+-------------|

| | ниже 0,1 | 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 процент стойкой утраты общей трудоспособности|

|увеличивается на 10 процентов. |

| |

| |

|-----------------------------------------------------------------------|

| |

| Органы слуха |

| |

|-----------------------------------------------------------------------|

| 25 |Гнойное воспаление среднего уха (мезотимпанит): | |

| | | |

| |а) одного уха; | 5 |

| | | |

| |б) обоих ушей. | 10 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 26 |Посттравматический эпитимпанит (холестеатома,| |

| |грануляции): | |

| | | |

| |а) одного уха; | 10 |

| | | |

| |б) обоих ушей. | 20 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 27 |Нарушения вестибулярной функции в результате прямой| 15 |

| |травмы органа слуха, подтвержденные данными| |

| |вестибулометрии | |

| | | |

| | | |

| |Примечание. | |

| |Вестибулярные нарушения, вызванные черепно-мозговой| |

| |травмой, учитываются в соответствии с критериями| |

| |стойкой утраты общей трудоспособности,| |

| |предусмотренными пунктами 1-2 настоящего Перечня. | |

| | | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 28 |Отсутствие до 1/3 части ушной раковины, вызывающее| 5 |

| |ее деформацию. | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 29 |Отсутствие одной ушной раковины или части ее (1/3 и| 15 |

| |более). | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 30 |Отсутствие двух ушных раковин. | 30 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 31 |Понижение слуха одного уха: | |

| | | |

| |а) шепотная речь на расстоянии не более 1 м,| 5 |

| |разговорная - от 1 до 3 м, понижение слуха на| |

| |30-50 дБ на частотах 500, 1000, 2000, 4000 Гц; | |

| | | |

| |б) шепотная речь - 0, разговорная - до 1 м,| 15 |

| |понижение слуха на 60-80 дБ на частотах 500,1000,| |

| |2000, 4000 Гц; | |

| | | |

| |в) полная глухота - шепотная и разговорная речь -| 25 |

| |0. | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 32 |Посттравматический разрыв барабанной перепонки, не| 5 |

| |повлекший за собой снижения слуха. | |

| | | |

| | | |

| |Примечание. | |

| |Если в результате травмы произошел разрыв| |

| |барабанной перепонки и наступило снижение слуха,| |

| |процент стойкой утраты общей трудоспособности| |

| |определяется в соответствии с критериями стойкой| |

| |утраты общей трудоспособности, предусмотренными| |

| |пунктом 31 настоящего Перечня. Пункт 32 настоящего| |

| |Перечня при этом не применяется. | |

| | | |

|-----------------------------------------------------------------------|

| |

| Органы дыхания |

| |

|-----------------------------------------------------------------------|

| 33 |Отсутствие носа (костей, хряща и мягких тканей) и| 70 |

| |связанное с этим нарушение внешнего вида лица. | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 34 |Отсутствие крыльев и кончика носа и связанное с| 40 |

| |этим нарушение внешнего вида лица. | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 35 |Отсутствие кончика или крыла носа и связанное с| 10 |

| |этим нарушение внешнего вида лица. | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 36 |Нарушение носового дыхания в результате травмы: | |

| | | |

| |а) одностороннее; | 5 |

| | | |

| |б) двухстороннее; | 10 |

| | | |

| |в) одностороннее отсутствие носового дыхания; | 15 |

| | | |

| |г) двухстороннее отсутствие носового дыхания. | 30 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 37 |Нарушение функции гортани или трахеи в результате| |

| |их повреждения: | |

| | | |

| |а) осиплость голоса при физической нагрузке; | 10 |

| | | |

| |б) дисфония, нарушение дыхания (одышка) в покое; | 35 |

| | | |

| |в) постоянное ношение трахеостомической трубки,| 60 |

| |афония (потеря голоса). | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 38 |Уменьшение дыхательной поверхности легкого,| |

| |ателектаз, нагноительные процессы с развитием| |

| |легочной недостаточности: | |

| | | |

| |а) умеренно выраженной (одышка, акроцианоз при| 15 |

| |незначительной физической нагрузке, учащение| |

| |пульса); | |

| | | |

| |б) значительно выраженной (одышка, синюшность лица| 30 |

| |при незначительной физической нагрузке, снижение| |

| |артериального давления, увеличение печени,| |

| |пульсация в эпигастральной области); | |

| | | |

| |в) резко выраженной (одышка в покое, резкая одышка| 60 |

| |при незначительной физической нагрузке, синюшность,| |

| |застойные явления в легких - мраморность кожи,| |

| |расширенная сеть венозных сосудов). | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 39 |Удаление части легкого. | 40 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 40 |Удаление легкого. | 65 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 41 |Деформация грудной клетки в результате| |

| |множественных переломов ребер, грудины: | |

| | | |

| |а) с умеренным ограничением подвижности при акте| 20 |

| |дыхания, сопровождающимся умеренно выраженной| |

| |легочной недостаточностью; | |

| | | |

| |б) со значительным ограничением подвижности при| 35 |

| |акте дыхания, сопровождающимся значительно| |

| |выраженной легочной недостаточностью; | |

| | | |

| |в) с резким ограничением подвижности при акте| 65 |

| |дыхания, резко выраженной легочной| |

| |недостаточностью, нарушением функции органов| |

| |средостения. | |

|-----------------------------------------------------------------------|

| |

| Сердечно-сосудистая система |

| |

|-----------------------------------------------------------------------|

| 42 |Сердечно-сосудистая недостаточность вследствие| |

| |ранения сердца, его оболочек или крупных| |

| |магистральных сосудов: | |

| | | |

| |а) I степень - учащение пульса, одышка, отеки после| 30 |

| |физической нагрузки, увеличение размеров сердца,| |

| |отеки; | |

| | | |

| |б) II степень - значительная одышка, застойные| 60 |

| |явления в легких и печени, постоянные отеки, асцит,| |

| |набухание вен шеи; | |

| | | |

| |в) III степень - нарушение ритма дыхания, застойные| 90 |

| |явления в легких, выпот в полости плевры,| |

| |кровохарканье, выпот в сердечной сорочке, асцит,| |

| |цирроз печени и др. | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 43 |Нарушение кровообращения вследствие повреждения| |

| |крупных периферических сосудов: | |

| | | |

| |а) умеренная отечность, снижение пульсации; | 10 |

| | | |

| |б) значительная отечность, синюшность, резкое| 20 |

| |ослабление пульсации; | |

| | | |

| |в) резкая отечность, синюшность, лимфостаз,| 30 |

| |трофические нарушения (язвы). | |

|-----------------------------------------------------------------------|

| |

| Органы пищеварения |

| |

|-----------------------------------------------------------------------|

| 44 |Нарушение акта жевания в результате перелома| |

| |скуловой кости, верхней или нижней челюсти, а также| |

| |вывиха нижней челюсти: | |

| | | |

| |а) умеренное нарушение прикуса и акта жевания; | 10 |

| | | |

| |б) значительное нарушение прикуса и акта жевания; | 15 |

| | | |

| |в) резкое нарушение прикуса и открывания рта,| 20 |

| |деформация челюсти. | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 45 |Отсутствие части верхней или нижней челюсти. | 40 |

| | | |

| | | |

| |Примечание. | |

| |Отсутствие альвеолярного отростка челюсти не дает| |

| |оснований для применения критерия стойкой утраты| |

| |общей трудоспособности, предусмотренного пунктом 45| |

| |настоящего Перечня и установления процента стойкой| |

| |утраты общей трудоспособности. | |

| | | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 46 |Отсутствие челюсти. | 80 |

| | | |

| | | |

| |Примечания: | |

| |1. Проценты стойкой утраты общей трудоспособности,| |

| |указанные в пунктах 45-46 настоящего Перечня,| |

| |учитывают и потерю зубов независимо от их| |

| |количества. | |

| |2. В тех случаях, когда травма нижней или верхней| |

| |челюсти сопровождалась повреждением других органов| |

| |ротовой полости, глотки или гортани, процент| |

| |стойкой утраты общей трудоспособности определяется| |

| |с учетом повреждений этих органов в соответствии с| |

| |критериями стойкой утраты общей трудоспособности,| |

| |предусмотренными соответствующими пунктам| |

| |настоящего Перечня, путем суммирования процентов. | |

| | | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 47 |Повреждения языка (ранение, ожог, отморожение),| |

| |повлекшие за собой: | |

| | | |

| |а) наличие грубых рубцов, вызывающих затруднение| 5 |

| |при приеме пищи; | |

| | | |

| |б) отсутствие языка на уровне дистальной трети| 15 |

| |(кончика); | |

| | | |

| |в) отсутствие языка на уровне средней трети; | 35 |

| | | |

| |г) отсутствие языка на уровне корня или полное| 70 |

| |отсутствие языка. | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 48 |Потеря постоянных зубов: | |

| | | |

| |а) 1 зуба; | - |

| | | |

| |б) 2-3 зубов; | 5 |

| | | |

| |в) 4-6 зубов; | 10 |

| | | |

| |г) 7-10 зубов; | 20 |

| | | |

| |д) 11 и более зубов. | 25 |

| | | |

| | | |

| |Примечания: | |

| |1. Перелом зуба в результате травмы приравнивается| |

| |к его потере. | |

| |2. При потере в результате травмы протезированных| |

| |несъемными протезами зубов процент стойкой утраты| |

| |общей трудоспособности определяется с учетом потери| |

| |только опорных зубов. При потере в результате| |

| |травмы съемных 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 заменен постоянным. | |

| |4. При потере зубов в результате перелома челюсти| |

| |процент стойкой утраты общей трудоспособности| |

| |определяется в соответствии с критериями стойкой| |

| |утраты общей трудоспособности, предусмотренными| |

| |пунктами 44 и 48 настоящего Перечня, путем| |

| |суммирования процентов. | |

| |5. 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. | |

| |6. Перелом зуба (менее 1/4 коронки) в результате| |

| |травмы приравнивается к его потере. | |

| | | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 49 |Сужение полости рта, образование слюнной фистулы. | 20 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 50 |Сужение глотки или пищевода в результате ожога или| |

| |ранения: | |

| | | |

| |а) затруднение при прохождении твердой пищи| 25 |

| |(диаметр просвета в области сужения 0,6-1,5 см); | |

| | | |

| |б) затруднение при прохождении мягкой пищи (диаметр| 40 |

| |просвета в области сужения 0,3-0,5 см); | |

| | | |

| |в) затруднение при прохождении жидкой пищи (диаметр| 70 |

| |просвета в области сужения 0,2 см и менее); | |

| | | |

| |г) непроходимость (при наличии гастростомы),| 90 |

| |состояние после пластики пищевода. | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 51 |Нарушение функции органов пищеварения в результате| |

| |травмы, острого отравления: | |

| | | |

| |а) холецистит, дуоденит, гастрит, панкреатит,| 15 |

| |энтерит, колит, проктит, парапроктит; | |

| | | |

| |б) спаечная болезнь, спаечная непроходимость,| 30 |

| |состояние после операции по поводу спаечной| |

| |непроходимости, рубцовое сужение прямой кишки и| |

| |заднепроходного отверстия | |

| | | |

| |в) кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ; | 50 |

| | | |

| |г) противоестественный задний проход (колостома). | 90 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 52 |Удаление желчного пузыря в результате травмы. | 20 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 53 |Удаление части печени в результате травмы. | 40 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 54 |Удаление селезенки в результате травмы. | 30 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 55 |Удаление желудка в результате травмы. | 80 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 56 |Удаление в результате травмы части (резекция): | |

| | | |

| |а) брыжейки; | 15 |

| | | |

| |б) желудка, поджелудочной железы. | 30 |

| | | |

| | | |

| |Примечание. | |

| |В том случае, если в связи с одной травмой была| |

| |произведена резекция органов, перечисленных в| |

| |подпунктах "а" и "б" настоящего пункта, процент| |

| |стойкой утраты общей трудоспособности| |

| |устанавливается в размере 30 процентов в| |

| |соответствии критерием стойкой утраты общей| |

| |трудоспособности, указанным в подпункте "б"| |

| |настоящего пункта. | |

| | | |

|-----------------------------------------------------------------------|

| |

| Мочеполовая система |

| |

|-----------------------------------------------------------------------|

| 57 |Удаление части почки в результате травмы. | 35 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 58 |Удаление почки в результате травмы. | 60 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 59 |Нарушение функции мочевыделительной системы в| |

| |результате травмы (осложнений травмы): | |

| | | |

| |а) цистит, уретрит, пиелоцистит, пиелонефрит,| 15 |

| |умеренное сужение мочеточника, мочеиспускательного| |

| |канала; | |

| | | |

| |б) значительное сужение мочеточника,| 30 |

| |мочеиспускательного канала, уменьшение объема| |

| |мочевого пузыря; | |

| | | |

| |в) мочеполовые свищи, непроходимость мочеточника,| 50 |

| |мочеиспускательного канала. | |

| | | |

| | | |

| |Примечание. | |

| |Если в результате травмы наступит нарушение функции| |

| |двух или более органов мочевыделительной системы,| |

| |процент стойкой утраты общей трудоспособности| |

| |определяется по одному из критериев стойкой утраты| |

| |общей трудоспособности, учитывающих наиболее| |

| |выраженное из установленных нарушений функций| |

| |мочеполовой системы. | |

| | | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 60 |Последствия повреждений органов мочеполовой системы| |

| |с учетом тяжести повреждения: | |

| | | |

| |а) легкая степень - умеренное сужение| 15 |

| |мочеиспускательного канала; | |

| | | |

| |б) средняя степень - значительное сужение| 30 |

| |мочеиспускательного канала; | |

| | | |

| |в) тяжелая степень - непроходимость уретры,| 50 |

| |ректо-вагинальные и (или) уретро-вагинальные свищи.| |

|-----------------------------------------------------------------------|

| |

| Мягкие ткани |

| |

|-----------------------------------------------------------------------|

| 61 |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 |

| | | |

| | | |

| |Примечания: | |

| |1. Условные анатомические границы области лица:| |

| |верхняя - край волосистого покрова головы в норме;| |

| |боковая - передний край основания ушной раковины,| |

| |задний край ветви нижней челюсти; нижняя - угол и| |

| |нижний край тела нижней челюсти. При производстве| |

| |судебно-медицинской экспертизы границы области лица| |

| |включают ушные раковины. | |

| |2. К косметическим заметным рубцам относятся рубцы,| |

| |отличающиеся по окраске от окружающей кожи,| |

| |выступающие над ее поверхностью, стягивающие ткани.| |

| |3. Обезображивание - это резкое изменение| |

| |естественного вида лица человека в результате| |

| |воздействия внешних причин. При этом обосновывается| |

| |вывод о неизгладимости повреждения. | |

| | | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 62 |Наличие на туловище, конечностях (без нарушения| |

| |функции суставов), волосистой части головы рубцов,| |

| |образовавшихся в результате различных травм: | |

| | | |

| |а) площадью от 5 см2 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 |

| | | |

| | | |

| |Примечания: | |

| |1. При нарушении функции сустава в результате| |

| |образования рубцов процент стойкой утраты общей| |

| |трудоспособности определяется в соответствии с| |

| |критериями, перечисленными в соответствующих| |

| |пунктах настоящего Перечня. Критерии, указанные в| |

| |настоящем пункте, при этом не применяются и площадь| |

| |рубцов, вызвавших контрактуру, при определении| |

| |общей площади рубцовых изменений не учитывается. | |

| |2. Один процент поверхности тела равен площади| |

| |ладонной поверхности кисти и пальцев пострадавшего.| |

| |3. При определении площади рубцов следует учитывать| |

| |и рубцы, образовавшиеся на месте взятия кожного| |

| |аутотрансплантата для замещения дефекта пораженного| |

| |участка кожи. | |

| | | |

|-----------------------------------------------------------------------|

| |

| Опорно-двигательный аппарат |

| |

|-----------------------------------------------------------------------|

| |

| Позвоночник |

| |

|-----------------------------------------------------------------------|

| 63 |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| 70 |

| |одного из отделов), резкая его деформация. | |

| | | |

| | | |

| |Примечание. | |

| |При переломах или вывихах позвонков различных| |

| |отделов позвоночника, повлекших за собой нарушение| |

| |его функции, процент стойкой утраты общей| |

| |трудоспособности устанавливается с учетом наиболее| |

| |выраженного нарушения функции по одному из| |

| |подпунктов, перечисленных в настоящем пункте. | |

| | | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 64 |Удаление части копчика в результате травмы. | 15 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 65 |Удаление копчика в результате травмы. | 20 |

|---------------------------------------------------------+-------------|

| |правая|левая |

| Верхняя конечность | | |

| | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| | | |

| Лопатка и ключица | | |

| | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| 66 |Нарушение функции плечевого пояса в результате| | |

| |перелома лопатки, ключицы, разрыва| | |

| |ключично-акромиального или грудино-ключичного| | |

| |сочленений: | | |

| | | | |

| |а) умеренная деформация, гипотрофия мышц, снижение| 15 | 10 |

| |силы конечности, умеренное ограничение движений в| | |

| |плечевом суставе; | | |

| | | | |

| |б) значительная деформация, выраженная атрофия| 20 | 15 |

| |мышц, гипотрофия, значительное ограничение движений| | |

| |в плечевом суставе; | | |

| | | | |

| |в) резкая деформация, резкая атрофия мышц плечевого| 30 | 25 |

| |пояса, резкое ограничение движений в плечевом| | |

| |суставе. | | |

| | | | |

| | | | |

| |Примечания. | | |

| |1. Для определения степени ограничения движений в| | |

| |плечевом суставе следует пользоваться критериями| | |

| |стойкой утраты общей трудоспособности, указанными в| | |

| |пункте 62 настоящего Перечня. | | |

| |2. В случаях, когда правая (или левая) конечность| | |

| |является рабочей, используются проценты стойкой| | |

| |утраты общей трудоспособности, указанные в графе 3| | |

| |соответственно "правая" (или "левая"). | | |

| | | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| | | |

| Плечевой сустав | | |

| | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| 67 |Костный анкилоз (неподвижность) плечевого сустава,| 40 | 35 |

| |подтвержденный рентгенологическими данными. | | |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 68 |Болтающийся плечевой сустав в результате резекции| 60 | 50 |

| |головки плечевой кости или суставной поверхности| | |

| |лопатки в связи с травмой. | | |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 69 |Ограничение движений (контрактура) в плечевом| | |

| |суставе: | | |

| | | | |

| |а) умеренно выраженное: сгибание (отведение плеча| 15 | 10 |

| |вперед) - 120-150 ; разгибание (отведение назад) -| | |

| |20-30 ; отведение плеча в сторону - 120-150 ; | | |

| | | | |

| |б) значительно выраженное: сгибание (отведение| 20 | 15 |

| |плеча вперед) - 75-115 ; разгибание (отведение| | |

| |назад) - 5-15 ; отведение плеча в сторону -| | |

| |75-115 ; | | |

| | | | |

| |в) резко выраженное: сгибание (отведение плеча| 30 | 25 |

| |вперед) - 5-70 ; разгибание (отведение назад) - 0 ;| | |

| |отведение плеча в сторону - 5-70 . | | |

| | | | |

| | | | |

| |Примечание. | | |

| |Объем движений в плечевом суставе в норме:| | |

| |отведение плеча вперед (сгибание - 180 ); отведение| | |

| |плеча назад (разгибание - 40-60 ); отведение плеча| | |

| |в сторону - 150-180 ; ротация внутрь - 90 ; ротация| | |

| |наружу - 50 . | | |

| | | | |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 70 |Привычный вывих плеча. | 20 | 15 |

| | | | |

| | | | |

| |Примечание. | | |

| |При вывихе плеча, повлекшем за собой нарушение| | |

| |функции плечевого сустава, процент стойкой утраты| | |

| |общей трудоспособности определяется в соответствии| | |

| |с критериями, предусмотренными пунктом 69| | |

| |настоящего Перечня. | | |

| | | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| | | |

| Плечо | | |

| | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| 71 |Отсутствие верхней конечности и лопатки (или части| 80 | 75 |

| |ее). | | |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 72 |Отсутствие верхней конечности после экзартикуляции| 75 | 70 |

| |в плечевом суставе или культя на уровне верхней| | |

| |трети плеча. | | |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 73 |Культя плеча на уровне средней или нижней трети. | 70 | 65 |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 74 |Ложный сустав или несросшийся перелом плечевой| 45 | 40 |

| |кости. | | |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 75 |Нарушение функции плеча: | | |

| | | | |

| |а) умеренное ограничение движений в локтевом и| 20 | 15 |

| |плечевом суставах; | | |

| | | | |

| |б) умеренное ограничение движений в одном из| 25 | 20 |

| |суставов (локтевом или плечевом) и значительное| | |

| |ограничение движений в другом; | | |

| | | | |

| |в) значительное ограничение движений в локтевом и| 30 | 25 |

| |плечевом суставах или умеренное ограничение| | |

| |движений в одном из них и резкое ограничение в| | |

| |другом; | | |

| | | | |

| |г) значительное ограничение движений в одном из| 35 | 30 |

| |суставов (локтевом или плечевом) и резкое| | |

| |ограничение движений в другом; | | |

| | | | |

| |д) резкое ограничение движений в локтевом и| 40 | 35 |

| |плечевом суставах. | | |

| | | | |

| | | | |

| |Примечания: | | |

| |1. Для определения степени ограничения движений в| | |

| |локтевом и плечевом суставах следует пользоваться| | |

| |критериями стойкой утраты общей трудоспособности,| | |

| |предусмотренными пунктами 78 и 69 настоящего| | |

| |Перечня. | | |

| |2. Если при судебно-медицинской экспертизе будет| | |

| |установлено, что травма плеча повлекла за собой| | |

| |ограничение движений в одном из суставов (локтевом| | |

| |или плечевом), процент стойкой утраты общей| | |

| |трудоспособности определяется в соответствии с| | |

| |критериями, предусмотренными пунктами 78 и 69| | |

| |настоящего Перечня. | | |

| | | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| | | |

| Локтевой сустав | | |

| | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| 76 |Болтающийся локтевой сустав в результате резекции| 50 | 40 |

| |суставной поверхности плечевой и локтевой костей. | | |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 77 |Костный анкилоз (неподвижность) локтевого сустава,| | |

| |подтвержденный рентгенологическими данными: | | |

| | | | |

| |а) в функционально выгодном положении (угол от 60| 35 | 30 |

| |до 90 ); | | |

| | | | |

| |6) в функционально невыгодном положении (угол| 40 | 35 |

| |меньше 60 или больше 90 ). | | |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 78 |Ограничение движений (контрактура) в локтевом| | |

| |суставе: | | |

| | | | |

| |а) умеренно выраженное: сгибание - 50-60 ;| 10 | 10 |

| |разгибание - 170-160 ; | | |

| | | | |

| |б) значительно выраженное: сгибание - 65-90 ;| 20 | 15 |

| |разгибание - 155-140 ; | | |

| | | | |

| |в) резко выраженное: от 95 до 135 . | 30 | 25 |

| | | | |

| | | | |

| |Примечание. | | |

| |Объем движений в локтевом суставе в норме: сгибание| | |

| |30-45 ; разгибание 175-180 . | | |

| | | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| | | |

| Предплечье | | |

| | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| 79 |Отсутствие предплечья в результате экзартикуляции в| 70 | 65 |

| |локтевом суставе или культя на уровне верхней| | |

| |трети. | | |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 80 |Культя предплечья на уровне средней или нижней| 65 | 60 |

| |трети | | |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 81 |Ложный сустав, несросшийся перелом в области| | |

| |диафиза или метафиза (верхняя, средняя или нижняя| | |

| |треть): | | |

| | | | |

| |а) одной кости предплечья; | 25 | 20 |

| | | | |

| |б) обеих костей предплечья. | 40 | 35 |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 82 |Нарушение функции предплечья: | | |

| | | | |

| |а) умеренное ограничение нарушение движений в| 15 | 10 |

| |лучезапястном и локтевом суставах, ограничение| | |

| |супинации и пронации от 45 до 60 ; | | |

| | | | |

| |б) умеренное ограничение движений в одном из| 20 | 15 |

| |суставов (лучезапястном или локтевом) и| | |

| |значительное в другом, ограничение супинации и| | |

| |пронации от 25 до 40 ; | | |

| | | | |

| |в) значительное ограничение движений в| 25 | 20 |

| |лучезапястном и локтевом суставах или умеренное| | |

| |ограничение движений в одном из них и резкое в| | |

| |другом, ограничение супинации и пронации от 0 до| | |

| |20 ; | | |

| | | | |

| |г) значительное ограничение движений в одном из| 30 | 25 |

| |суставов (лучезапястном или локтевом) и резкое в| | |

| |другом; | | |

| | | | |

| |д) резкое ограничение движений в лучезапястном и| 35 | 30 |

| |локтевом суставах. | | |

| | | | |

| | | | |

| |Примечания: | | |

| |1. Для определения степени ограничения движений в| | |

| |лучезапястном и локтевом суставах следует| | |

| |пользоваться критериями, предусмотренными пунктами| | |

| |84 и 78 настоящего Перечня. | | |

| |2. Если при судебно-медицинской экспертизе будет| | |

| |установлено, что травма предплечья повлекла за| | |

| |собой ограничение движений в одном из суставов| | |

| |(лучезапястном или локтевом), процент стойкой| | |

| |утраты общей трудоспособности определяется в| | |

| |соответствии с критериями, предусмотренными| | |

| |пунктами 84 и 78 настоящего Перечня. | | |

| |3. Измерение амплитуды вращательных движений| | |

| |производится от 0 (положения среднего между| | |

| |пронацией и супинацией). При этом рука должна быть| | |

| |согнута в локтевом суставе под углом 90-100 . | | |

| | | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| | | |

| Лучезапястный сустав | | |

| | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| 83 |Костный анкилоз (неподвижность) лучезапястного| | |

| |сустава, подтвержденный данными рентгенологического| | |

| |исследования: | | |

| | | | |

| |а) в функционально выгодном положении (сгибание или| 30 | 25 |

| |разгибание до 20 ); | | |

| | | | |

| |б) в функционально невыгодном положении (сгибание| 40 | 35 |

| |или разгибание 20 и более). | | |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 84 |Ограничение движений (контрактура) в лучезапястном| | |

| |суставе: | | |

| | | | |

| |а) умеренно выраженное: сгибание - 30-40 ;| 10 | 10 |

| |разгибание - 30-40 ; | | |

| | | | |

| |б) значительно выраженное: сгибание - 20-25 ;| 15 | 15 |

| |разгибание - 20-25 ; | | |

| | | | |

| |в) резко выраженное: сгибание - 0-15 ; разгибание -| 25 | 20 |

| |0-15 . | | |

| | | | |

| | | | |

| |Примечание. | | |

| |Объем движений в лучезапястном суставе в норме:| | |

| |сгибание - 50-75 , разгибание - 50-70 . Отсчет| | |

| |ведется от 0 . | | |

| | | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| | | |

| Кисть | | |

| | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| | | |

| Запястье, пясть | | |

| | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| 85 |Отсутствие кисти на уровне запястья или пястных| 65 | 60 |

| |костей. | | |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 86 |Ложные суставы или несросшиеся переломы костей| 15 | 10 |

| |запястья или пястных костей. | | |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 87 |Нарушение функции кисти в результате травмы| | |

| |запястья, пясти (деформация, снижение мышечной| | |

| |силы, нарушение хватательной способности): | | |

| | | | |

| |а) умеренно выраженное; | 10 | 10 |

| | | | |

| |б) значительно выраженное; | 15 | 10 |

| | | | |

| |в) резко выраженное. | 20 | 15 |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| | | |

| Пальцы кисти | | |

| | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| | | |

| Первый (большой) палец | | |

| | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| 88 |Значительные дефекты мягких тканей ногтевой| 5 | 5 |

| |фаланги, вызвавшие ее деформацию. | | |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 89 |Культя на уровне: | | |

| | | | |

| |а) ногтевой фаланги; | 10 | 10 |

| | | | |

| |б) межфалангового сустава; | 15 | 15 |

| | | | |

| |в) основной фаланги. | 20 | 15 |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 90 |Отсутствие пальца (экзартикуляция) | 25 | 20 |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 91 |Отсутствие пальца с пястной костью или частью ее | 30 | 25 |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 92 |Костный анкилоз (неподвижность) одного из суставов| | |

| |пальца: | | |

| | | | |

| |а) в функционально выгодном (полусогнутом)| 10 | 10 |

| |положении; | | |

| | | | |

| |б) в функционально невыгодном (выпрямленном или| 15 | 10 |

| |согнутом) положении. | | |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 93 |Костный анкилоз (неподвижность) двух суставов| | |

| |пальца: | | |

| | | | |

| |а) в функционально выгодном (полусогнутом)| 15 | 10 |

| |положении; | | |

| | | | |

| |б) в функционально невыгодном (выпрямленном или| 20 | 15 |

| |согнутом) положении. | | |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 94 |Костный анкилоз (неподвижность) запястно-пястного| | |

| |сустава и двух суставов пальца: | | |

| | | | |

| |а) в функционально выгодном (полусогнутом)| 20 | 15 |

| |положении; | | |

| | | | |

| |б) в функционально невыгодном (выпрямленном или| 25 | 20 |

| |согнутом) положении. | | |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 95 |Нарушение функции пальца вследствие ограничения| | |

| |движений в суставах: | | |

| | | | |

| |а) умеренно выраженного; | 5 | 5 |

| | | | |

| |б) значительно выраженного; | 10 | 10 |

| | | | |

| |в) резко выраженного в функционально невыгодном| 15 | 10 |

| |(полусогнутом) положении; | | |

| | | | |

| |г) резко выраженного в функционально невыгодном| 20 | 15 |

| |(резко согнутом или выпрямленном) положении. | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| | | |

| Второй (указательный) палец | | |

| | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| 96 |Значительные дефекты мягких тканей ногтевой| 5 | 5 |

| |фаланги, вызвавшие ее деформацию, а также культя на| | |

| |уровне дистальной половины ногтевой фаланги. | | |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 97 |Культя на уровне: | | |

| | | | |

| |а) ногтевой фаланги, второго (дистального)| 10 | 10 |

| |межфалангового сустава; | | |

| | | | |

| |б) средней фаланги или первого (проксимального)| 15 | 10 |

| |межфалангового сустава; | | |

| | | | |

| |в) основной фаланги или пястно-фалангового сустава| 20 | 15 |

| |(отсутствие пальца). | | |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 98 |Отсутствие пальца с пястной костью или частью ее. | 25 | 20 |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 99 |Нарушение функции пальца: | | |

| | | | |

| |а) умеренно выраженное ограничение движений в| 5 | 5 |

| |суставах; | | |

| | | | |

| |б) значительно выраженное ограничение движений в| 10 | 10 |

| |суставах, анкилоз или резкое ограничение движений| | |

| |во втором (дистальном) межфаланговом суставе; | | |

| | | | |

| |в) резко выраженное ограничение движений в суставах| 15 | 15 |

| |в функционально выгодном (полусогнутом) положении,| | |

| |анкилоз первого (проксимального) межфалангового или| | |

| |пястно-фалангового сустава, подтвержденный| | |

| |рентгенологическими данными; | | |

| | | | |

| |г) резко выраженное ограничение движений в суставах| 20 | 15 |

| |в функционально невыгодном (резко согнутом или| | |

| |выпрямленном) положении, анкилоз двух или трех| | |

| |суставов, подтвержденный рентгенологическими| | |

| |данными. | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| | | |

| Третий (средний), четвертый (безымянный) или пятый | | |

| (мизинец) пальцы | | |

| | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| 100 |Культя на уровне: | | |

| | | | |

| |а) ногтевой фаланги, второго (дистального)| 5 | 5 |

| |межфалангового сустава; | | |

| | | | |

| |б) средней фаланги, первого (проксимального)| 10 | 10 |

| |межфалангового сустава; | | |

| | | | |

| |в) основной фаланги или пястно-фалангового сустава| 15 | 10 |

| |(отсутствие пальца). | | |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 101 |Отсутствие пальца с пястной костью или частью ее. | 20 | 15 |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 102 |Нарушение функции одного пальца: | | |

| | | | |

| |а) умеренное ограничение движений в суставах,| 5 | 5 |

| |анкилоз, значительное и резкое ограничение движений| | |

| |во втором (дистальном) межфаланговом суставе; | | |

| | | | |

| |б) контрактура пальца в функционально выгодном| 10 | 10 |

| |(полусогнутом) положении, анкилоз первого| | |

| |(проксимального) или пястно-фалангового сустава,| | |

| |подтвержденный рентгенологическими данными; | | |

| | | | |

| |в) контрактура пальца в функционально невыгодном| 15 | 15 |

| |(резко согнутом или выпрямленном) положении,| | |

| |анкилоз двух или трех суставов, подтвержденный| | |

| |рентгенологическими данными. | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| | | |

| Несколько пальцев одной кисти | | |

| | | |

|---------------------------------------------------------+------+------|

| 103 |Отсутствие двух пальцев кисти: | | |

| | | | |

| |а) первого и второго (I + II); | 45 | 40 |

| | | | |

| |б) первого с третьим, четвертым или пятым (I +| 40 | 35 |

| |III), (I + IV), (I + V); | | |

| | | | |

| |в) второго с третьим, четвертым или пятым (II +| 35 | 30 |

| |III), (II + IV), (II + V); | | |

| | | | |

| |г) третьего с четвертым или пятым (III + IV), (III| 30 | 25 |

| |+ V); | | |

| | | | |

| |д) четвертого с пятым (IV + V). | 30 | 25 |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 104 |Отсутствие трех пальцев кисти: | | |

| | | | |

| |а) первого и второго с третьим, четвертым или пятым| 55 | 50 |

| |(I + II + III), (I + II + IV), (I + II + V); | | |

| | | | |

| |б) первого и третьего с четвертым или пятым (I +| 50 | 45 |

| |III + IV), (I + III+V); | | |

| | | | |

| |в) первого и четвертого с пятым (I + IV + V); | 50 | 45 |

| | | | |

| |г) второго и третьего с четвертым (II + III + IV),| 45 | 40 |

| |(II + III + V); | | |

| | | | |

| |д) второго и четвертого с пятым (II + IV + V); | 45 | 40 |

| | | | |

| |е) третьего и четвертого с пятым (III + IV + V). | 40 | 35 |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 105 |Отсутствие четырех пальцев кисти: | | |

| | | | |

| |а) первого, второго и третьего с четвертым или| 60 | 55 |

| |пятым (I + II + III + IV), (I + II + III + V); | | |

| | | | |

| |б) первого, второго, четвертого и пятого (I + II +| 60 | 55 |

| |IV + V); | | |

| | | | |

| |в) первого, третьего, четвертого и пятого (I + III| 55 | 50 |

| |+ IV + V); | | |

| | | | |

| |г) второго, третьего, четвертого и пятого (II + III| 50 | 45 |

| |+ IV + V). | | |

| | | | |

| | | | |

| |Примечание. | | |

| |При отсутствии двух и более пальцев с пястными| | |

| |костями или частью их процент стойкой утраты общей| | |

| |трудоспособности, предусмотренный пунктами 104,| | |

| |105, 106 настоящего Перечня, увеличивается| | |

| |независимо от количества пальцев на 5% однократно. | | |

| | | | |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 106 |Отсутствие всех пальцев кисти | 65 | 60 |

|-----+---------------------------------------------------+------+------|

| 107 |Нарушение функции пальцев кисти: | | |

| | | | |

| |а) умеренное ограничение движений в суставах: | | |

| | | | |

| |двух пальцев; | 10 | 5 |

| | | | |

| |трех пальцев; | 15 | 10 |

| | | | |

| |четырех пальцев; | 20 | 15 |

| | | | |

| |пяти пальцев. | 25 | 20 |

| | | | |

| |б) значительное ограничение движений в суставах, а| | |

| |также анкилозы дистальных межфаланговых суставов: | | |

| | | | |

| |двух пальцев; | 15 | 10 |

| | | | |

| |трех пальцев; | 20 | 15 |

| | | | |

| |четырех пальцев; | 25 | 20 |

| | | | |

| |пяти пальцев. | 30 | 25 |

| | | | |

| |в) резкое ограничение движений в суставах в| | |

| |функционально выгодном (полусогнутом) положении: | | |

| | | | |

| |двух пальцев; | 20 | 15 |

| | | | |

| |трех пальцев; | 25 | 20 |

| | | | |

| |четырех пальцев; | 35 | 30 |

| | | | |

| |пяти пальцев. | 45 | 40 |

| | | | |

| |г) резкое ограничение движений в суставах в| | |

| |функционально невыгодном (резко согнутом или| | |

| |выпрямленном) положении, а также анкилоз| | |

| |проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых| | |

| |суставов: | | |

| | | | |

| |двух пальцев; | 25 | 20 |

| | | | |

| |трех пальцев; | 35 | 30 |

| | | | |

| |четырех пальцев; | 40 | 35 |

| | | | |

| |пяти пальцев. | 50 | 45 |

|-----------------------------------------------------------------------|

| |

| Таз |

| |

|-----------------------------------------------------------------------|

| 108 |Нарушение функции таза в результате перелома| |

| |костей, разрыва лонного или крестцово-подвздошного| |

| |сочленений: | |

| | | |

| |а) умеренное нарушение статики, походки, умеренное| 25 |

| |ограничение движений в одном тазобедренном суставе;| |

| | | |

| |б) значительное нарушение статики, походки,| 30 |

| |умеренное ограничение, движений в двух| |

| |тазобедренных суставах или значительное ограничение| |

| |в одном из этих суставов; | |

| | | |

| |в) резкое нарушение статики, походки, значительное| 50 |

| |ограничение движений в двух тазобедренных суставах| |

| |или резкое ограничение движений в одном из этих| |

| |суставов. | |

| | | |

| |Примечание. | |

| |При изолированных переломах вертлужной впадины| |

| |процент стойкой утраты общей трудоспособности| |

| |определяется в соответствии с критериями,| |

| |предусмотренными пунктом НО настоящего Перечня. | |

| | | |

|-----------------------------------------------------------------------|

| |

| Нижняя конечность |

| |

|-----------------------------------------------------------------------|

| |

| Тазобедренный сустав |

| |

|-----------------------------------------------------------------------|

| 109 |Костный анкилоз (неподвижность), а также| |

| |болтающийся тазобедренный сустав, подтвержденные| |

| |рентгенологическими данными: | |

| | | |

| |а) анкилоз в функционально выгодном (разогнутом)| 45 |

| |положении; | |

| | | |

| |б) анкилоз в функционально невыгодном (согнутом)| 60 |

| |положении; | |

| | | |

| |в) болтающийся тазобедренный сустав в результате| 70 |

| |резекции головки бедра и/или вертлужной впадины. | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 110 |Ограничение движений (контрактура) в тазобедренном| |

| |суставе: | |

| | | |

| |а) умеренно выраженное (сгибание - 70-80 ,| 25 |

| |разгибание - 10 , отведение - 30-35 ); | |

| | | |

| |б) значительно выраженное (сгибание - от 55 до 70 ,| 30 |

| |разгибание - 0-5 , отведение - от 30 до 20 ); | |

| | | |

| |в) резко выраженное (сгибание - до 55 , разгибание| 35 |

| |- 0 , отведение до - 20 ). | |

| | | |

| | | |

| |Примечания: | |

| |1. Объем движений в тазобедренном суставе в норме:| |

| |сгибание - 90-100 , разгибание - 15 , отведение -| |

| |40-50 (отсчет ведется от 0 ). | |

| |2. Наличие эндопротеза тазобедренного сустава,| |

| |примененного в связи с травмой, дает основание для| |

| |применения критерия стойкой утраты общей| |

| |трудоспособности, предусмотренного подпунктом "б"| |

| |настоящего пункта. Однако если при| |

| |судебно-медицинской экспертизе будет установлено,| |

| |что имеется резко выраженная контрактура, то| |

| |процент стойкой утраты общей трудоспособности| |

| |определяется в соответствии с критерием,| |

| |предусмотренным подпунктом "в" настоящего пункта. | |

| |3. Процент стойкой утраты общей трудоспособности по| |

| |подпунктам "б" или "в" настоящего пункта| |

| |определяется только в том случае, если при| |

| |судебно-медицинской экспертизе будет установлено| |

| |ограничение движений в тазобедренном суставе в| |

| |пределах, характерных для каждой степени не менее| |

| |чем в двух направлениях. Если такое ограничение| |

| |будет установлено только в одном направлении,| |

| |процент стойкой утраты общей трудоспособности| |

| |определяется в соответствии с критериями стойкой| |

| |утраты общей трудоспособности, предусмотренными| |

| |подпунктами "а" или "б" настоящего пункта. | |

| | | |

|-----------------------------------------------------------------------|

| |

| Бедро |

| |

|-----------------------------------------------------------------------|

| 111 |Отсутствие нижней конечности в результате| 70 |

| |экзартикуляции в тазобедренном суставе или культя| |

| |бедра на уровне верхней трети. | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 112 |Культя бедра на уровне средней или нижней трети. | 65 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 113 |Несросшийся перелом или ложный сустав бедра. | 55 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 114 |Нарушение функции бедра в результате травмы: | |

| | | |

| |а) умеренное ограничение движений в тазобедренном| 30 |

| |или коленном суставах; | |

| | | |

| |б) умеренное ограничение движений в одном из| 35 |

| |суставов (тазобедренном или коленном) и| |

| |значительное в другом | |

| | | |

| |в) значительное ограничение движений в| 45 |

| |тазобедренном и коленном суставах или умеренное| |

| |ограничение движений в одном из них и резкое| |

| |ограничение в другом; | |

| | | |

| |г) значительное ограничение движений в одном из| 50 |

| |суставов (тазобедренном или коленном) и резкое| |

| |ограничение движений в другом; | |

| | | |

| |д) резкое ограничение движений в тазобедренном и| 60 |

| |коленном суставах. | |

| | | |

| | | |

| |Примечания: | |

| |1. Для определения степени ограничения движений в| |

| |коленном и тазобедренном суставах следует| |

| |пользоваться критериями, предусмотренными пунктами| |

| |110 или 118 настоящего Перечня. | |

| |2. Если при судебно-медицинской экспертизе будет| |

| |установлено, что травма бедра повлекла за собой| |

| |ограничение движений в одном из суставов| |

| |(тазобедренном или коленном), процент стойкой| |

| |утраты общей трудоспособности определяется в| |

| |соответствии с критериями, предусмотренными| |

| |пунктами 110 или 118 настоящего Перечня. Пункт 114| |

| |настоящего Перечня при этом не применяется | |

| | | |

|-----------------------------------------------------------------------|

| |

| Коленный сустав |

| |

|-----------------------------------------------------------------------|

| 115 |Болтающийся коленный сустав в результате резекции| 45 |

| |суставных поверхностей бедра и/или большеберцовой | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 116 |Костный анкилоз (неподвижность) коленного сустава: | |

| | | |

| |а) в функционально выгодном (разогнутом) положении;| 35 |

| | | |

| |б) в функционально невыгодном (согнутом под углом| 50 |

| |не более 160 ) положении. | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 117 |Избыточная (патологическая) подвижность в суставе в| 10 |

| |результате разрыва связочного аппарата | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 118 |Ограничение движений (контрактура) в коленном| |

| |суставе: | |

| | | |

| |а) умеренно выраженное (сгибание - от 75 до 85 ,| 20 |

| |разгибание - от 170 до 175 или сгибание - от 90 до| |

| |105 , разгибание - от 170 до 175 ); | |

| | | |

| |б) значительно выраженное (сгибание - от 90 до| 25 |

| |105 , разгибание - 150 до 165 или сгибание -| |

| |больше 105 , разгибание - от 150 до 165); | |

| | | |

| |в) резко выраженное (сгибание - больше 105 ,| 30 |

| |разгибание - меньше 150 ). | |

| | | |

| | | |

| |Примечание. | |

| |Объем движений в коленном суставе в норме: сгибание| |

| |- 40-70 , разгибание - 180 . | |

| | | |

|-----------------------------------------------------------------------|

| |

| Голень |

| |

|-----------------------------------------------------------------------|

| 119 |Отсутствие голени в результате экзартикуляции в| 60 |

| |коленном суставе или культя на уровне верхней трети| |

| |голени | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 120 |Культя на уровне: | |

| | | |

| |а) средней трети голени; | 55 |

| | | |

| |б) нижней трети голени. | 50 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 121 |Ложный сустав или несросшийся перелом костей| |

| |голени: | |

| | | |

| |а) обеих костей; | 45 |

| | | |

| |б) большеберцовой кости; | 35 |

| | | |

| |в) малоберцовой кости; | 10 |

| | | |

| |г) большеберцовой и сросшийся перелом малоберцовой;| 40 |

| | | |

| |д) малоберцовой и сросшийся перелом большеберцовой.| 20 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 122 |Нарушение функции голени: | |

| | | |

| |а) умеренное ограничение движений в коленном или| 25 |

| |голеностопном суставах; | |

| | | |

| |б) умеренное ограничение движений в одном из| 30 |

| |суставов (коленном или голеностопном) и| |

| |значительное ограничение в другом; | |

| | | |

| |в) значительное ограничение движений в коленном и| 35 |

| |голеностопном суставах или умеренное ограничение| |

| |движений в одном и резкое ограничение в другом; | |

| | | |

| |г) значительное ограничение движений в одном из| 40 |

| |суставов (коленном или голеностопном) и резкое| |

| |ограничение в другом; | |

| | | |

| |д) резкое ограничение движений в коленном и| 45 |

| |голеностопном суставах. | |

| | | |

| | | |

| |Примечания: | |

| |1. Для определения степени ограничения движений в| |

| |коленном и голеностопном суставах следует| |

| |пользоваться критериями, предусмотренными пунктами| |

| |118 и 125 настоящего Перечня. | |

| |2. Если при судебно-медицинской экспертизе будет| |

| |установлено, что травма голени повлекла за собой| |

| |ограничение движений в одном из суставов (коленном| |

| |или голеностопном), процент стойкой утраты общей| |

| |трудоспособности определяется в соответствии| |

| |критериями, предусмотренными пунктами 118 или 125| |

| |настоящего Перечня. | |

| | | |

|-----------------------------------------------------------------------|

| |

| Голеностопный сустав |

| |

|-----------------------------------------------------------------------|

| 123 |Болтающийся голеностопный сустав. | 35 |

| | | |

| | | |

| |Примечание. | |

| |Пункт 123 настоящего Перечня применяется при| |

| |частичном или полном отсутствии суставных| |

| |поверхностей большеберцовой и таранной костей,| |

| |подтвержденном данными рентгенологического| |

| |исследования | |

| | | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 124 |Костный анкилоз (неподвижность) голеностопного| |

| |сустава, подтвержденный рентгенологическими| |

| |данными: | |

| | | |

| |а) в функционально выгодном положении (под утлом#| 30 |

| |90-95 ); | |

| | | |

| |б) в функционально невыгодном (каком-либо ином)| 40 |

| |положении. | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 125 |Ограничение движений (контрактура) в голеностопном| |

| |суставе: | |

| | | |

| |а) умеренно выраженное: (разгибание - 80-85 ,| 15 |

| |сгибание - 110-130 ); | |

| | | |

| |б) значительно выраженное: (разгибание - 90-95 ,| 20 |

| |сгибание - 90-105 ); | |

| | | |

| |в) резко выраженное: (разгибание и сгибание в| 25 |

| |пределах 10 ). | |

| | | |

| | | |

| |Примечание. | |

| |Объем движений в голеностопном суставе в норме:| |

| |разгибание - 70-75 , сгибание - 135-140 . Отсчет| |

| |ведется от утла 90 - функционально выгодного| |

| |положения стопы. | |

| | | |

|-----------------------------------------------------------------------|

| |

| Стопа |

| |

|-----------------------------------------------------------------------|

| 126 |Отсутствие стопы в результате экзартикуляции в| 45 |

| |голеностопном суставе или ампутация стопы на уровне| |

| |пяточной или таранной кости | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 127 |Отсутствие дистального отдела стопы в результате| 40 |

| |ампутации на уровне костей предплюсны. | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 128 |Отсутствие дистального отдела стопы в результате| 35 |

| |ампутации на уровне плюсневых костей. | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 129 |Нарушение функции стопы в результате ее травмы: | |

| | | |

| |а) умеренно выраженная отечность, умеренное| 15 |

| |нарушение статики; | |

| | | |

| |б) значительно выраженная отечность, значительное| 20 |

| |нарушение статики, умеренное ограничение движений в| |

| |голеностопном суставе; | |

| | | |

| |в) резко выраженная отечность, резкое нарушение| 25 |

| |статики, значительное ограничение движений в| |

| |голеностопном суставе; | |

| | | |

| |г) резко выраженная отечность, резкое нарушение| 30 |

| |статики, резкое ограничение движений в| |

| |голеностопном суставе. | |

|-----------------------------------------------------------------------|

| |

| Пальцы стопы |

| |

|-----------------------------------------------------------------------|

| 130 |Отсутствие всех пальцев стопы в результате| 25 |

| |экзартикуляции в плюснефаланговых суставах или| |

| |ампутации на уровне основных фаланг. | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 131 |Отсутствие первого пальца с плюсневой костью или| 15 |

| |частью ее. | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 132 |Отсутствие первого пальца в результате| 10 |

| |экзартикуляции в плюснефаланговом суставе или| |

| |ампутация на уровне основной фаланги. | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 133 |Нарушение функции первого пальца в результате| 5 |

| |травмы или культя на уровне ногтевой фаланги или| |

| |межфалангового сустава. | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 134 |Отсутствие пальцев одной стопы в результате| |

| |экзартикуляции в плюснефаланговом суставе или| |

| |культя на уровне основной фаланги (кроме первого): | |

| | | |

| |а) одного пальца; | 5 |

| | | |

| |б) двух-трех пальцев; | 10 |

| | | |

| |в) четырех пальцев. | 15 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 135 |Отсутствие пальца с плюсневой костью или частью ее| |

| |(кроме первого): | |

| | | |

| |а) одного пальца; | 10 |

| | | |

| |б) двух-трех пальцев; | 15 |

| | | |

| |в) четырех пальцев. | 20 |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 136 |Нарушение функции пальцев или отсутствие одной,| |

| |двух фаланг (кроме первого): | |

| | | |

| |а) одного - двух пальцев; | 5 |

| | | |

| |б) трех - четырех пальцев. | 10 |

| | | |

| | | |

| |Примечание. | |

| |Если после травмы двух и более пальцев стопы (кроме| |

| |первого) функция одного из них полностью| |

| |восстановилась, а функция остальных оказалась| |

| |нарушенной, процент стойкой утраты общей| |

| |трудоспособности определяется в соответствии с| |

| |критериями, предусмотренными настоящим пунктом. | |

| | | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 137 |Посттравматические тромбофлебит, лимфостаз,| 5 |

| |нарушение трофики: | |

| |а) умеренная отечность, умеренная пигментация,| |

| |бледность кожных покровов; | |

| | | |

| |б) значительная отечность, цианоз, трофические язвы| 10 |

| |площадью до 4 см2; | |

| | | |

| |в) резкая отечность ("слоновость") конечности,| 15 |

| |цианоз, трофические язвы площадью более 4 см2. | |

| | | |

| | | |

| |Примечание. | |

| |Критерии стойкой утраты общей трудоспособности,| |

| |предусмотренные настоящим пунктом, применяются при| |

| |тромбофлебитах, лимфостазах и нарушениях трофики,| |

| |наступивших вследствие травмы верхних или нижних| |

| |конечностей за исключением повреждений крупных| |

| |периферических сосудов и нервов. | |

| | | |

|-----+---------------------------------------------------+-------------|

| 138 |Травматический остеомиелит: | |

| | | |

| |а) при отсутствии воспалительного процесса; | 5 |

| | | |

| |б) при наличии функционирующих свищей и гнойных| 10 |

| |ран. | |

+-----------------------------------------------------------------------+

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Используется при судебно-медицинском определении степени тяжести

вреда, причиненного здоровью человека, по квалифицирующему признаку и

медицинскому критерию стойкой утраты общей трудоспособности.

**Осложнение повреждений и их судебно-медицинская оценка.** Прежде всего необходимо определить, что называется осложне­нием, чтобы в дальнейшем этим и руководствоваться. Примем определение этого понятия, приведенное в «Энциклопеди­ческом словаре медицинских терминов»: ***«Осложнение — общее название присоединившихся к основному заболеванию патологиче­ских процессов, не обязательных при данном заболевании, но воз­никших в связи с ним».*** Так, осложнением перелома бедра будет остеомиелит, ложный сустав. Осложнением подкожного крово­подтека будет абсцесс или флегмона подкожной клетчатки и др.

При опасных для жизни повреждениях их исход, а следова­тельно, и возникающие иногда осложнения не влияют на оцен­ку степени их тяжести. Не опасные для жизни повреждения оцениваются по исходу. Исход отдельных повреждений может быть различным. Практике известны обычное течение и исход отдельных повреждений: ран, переломов костей. От обычного исхода повреждения наблюдаются отклонения как в сторону более легкого, благоприятного течения и заживления поврежде­ния, так и в сторону утяжеления обычного его исхода. Очень важно поэтому установить правильный подход к оценке исходов повреждений в связи с осложнениями их течения.

Осложнения повреждений могут быть обусловлены:

а) индивидуальными особенностями пострадавшего (напри­мер, поверхностная резаная рана мягких тканей предплечья у больного гемофилией привела к опасному для жизни состоянию вследствие острой кровопотери);

б) присоединившейся инфекцией (в частности, при повреж­дении мягких тканей — флегмоны, абсцессы, сепсис, при пере­ломах костей — остеомиелиты);

в) неправильной или неквалифицированной медицинской помощью (например, неправильное сращение костей или обра­зование ложных суставов).

В каждом конкретном случае эксперт должен тщательно про­анализировать течение повреждения и его исход с медицинской точки зрения: дать оценку степени тяжести самого повреждения, установить, имеется ли осложнение, объяснить причины, обусло­вившие осложнение, и оценить повреждение по его исходу.

При разной давности возникновения повреждений оценку тяжести каждого из них эксперт производит раздельно. При повреждении части тела с полностью или частично ранее утраченной функцией учитывают только последствия травмы. При повреждении здоровой парной части тела или парного органа оценке подлежат только последствия причиненной трав­мы, без учета нарушенной функции одноименной парной части тела или одноименного другого парного органа. Тяжесть вреда здоровью не определяют, если:

* диагноз повреждения или заболевания (патологического состояния) потерпевшего достоверно не установлен (кли­ническая картина носит неясный характер, клиническое, инструментальное и лабораторное обследования проведе­ны недостаточно полно);
* исход неопасного для жизни вреда здоровью не ясен;
* подэкспертный отказывается от дополнительного обследо­вания или не является на повторный осмотр, если это ли­шает эксперта возможности правильно оценить характер вреда здоровью, его клиническое течение и исход;
* отсутствуют документы, в том числе результаты дополни­тельных исследований, без которых не представляется возможным судить о характере и тяжести вреда здоровью.

В подобных случаях судебно-медицинский эксперт в своих выводах излагает причины, не позволяющие определить тяжесть вреда здоровью, указывает, какие сведения необходимы ему для решения этого вопроса (медицинские документы, результаты дополнительных лабораторных и инструментальных исследований и т.д.), а также определяет срок проведения дополнитель­ной экспертизы потерпевшего.

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

Следует указать, что одно и то же повреждение в зависимости от исхода может оцениваться по-разному. Например, перелом костей таза, сопровождающийся тяжелым шоком, должен квали­фицироваться экспертом как повреждение тяжкое, опасное для жизни в момент нанесения. Перелом костей таза, сопровождающийся нарушением функции ног в сильной степени, повлечет за собой стойкую утрату трудоспособности более одной трети и по этому признаку будет оцениваться как тяжкий вред здоровью. Перелом костей таза без нарушения целости тазового кольца и функции нижних конечностей, не сопровождающийся стойкой утратой трудоспособности, будет рассматриваться как средней тяжести вред здоровью, поскольку данный перелом вызывает длительное расстройство здоровья, т.е. на срок более 21 дня.

Составление судебно-медицинским экспертом каких-либо предварительных выводов, содержащих предположительное суж­дение о тяжести вреда здоровью, не разрешается.

«Заключение эксперта» выдают на руки лицу, назначившему экспертизу, или пересылают по почте в срок не позднее трех дней после проведения экспертизы. Указанный срок может быть удлинен при наличии уважительных причин (направление на дополнительную консультацию, проведение рентгенологиче­ского, лабораторных или иных исследований), причем эти при­чины должны указываться в конце «Заключения эксперта». Дуб­ликат документа сохраняется у эксперта.

**Заключение эксперта** состоит из трех частей: введения, опи­сательной части и заключения (выводов).

***Во введении*** должно быть отражено: а) время и место проведе­ния экспертизы; б) кто назначил проведение экспертизы; в) фа­милия и инициалы судебно-медицинского эксперта (экспертов), г) фамилия, имя, отчество, возраст, местожительство подэкспертного; д) его профессия; е) цель экспертизы или вопросы, поставленные перед экспертизой; ж) предварительные сведения об об­стоятельствах, при которых были причинены повреждения (трав­мы); эти сведения могут быть получены от органов предваритель­ного расследования, следствия, суда, со слов подэкспертного ли­ца; з) жалобы потерпевшего в период исследования.

***Описательная часть*** включает фабулу уголовного дела, исто­рию заболевания (травмы), данные медицинских документов и результаты объективного исследования.

Если при первичном исследовании потерпевший уже имеет медицинские документы о бывшей травме, то вначале эксперту лучше ознакомиться с ними и вписать в протокольную часть основные данные из этих документов.

Сделанные экспертом выписки из документов, включаемых в описательную часть, должны быть достаточно полными, подтверждающими диагноз, поставленный в лечебном учреждении. Кроме того, обязательно нужно указать наименование лечебного учреждения, номер медицинского документа (истории болезни, амбулаторной карты и пр.), дату их выдачи.

При описании результатов объективного исследования экс­перт должен подробно изложить его ход и все найденные при этом фактические данные. Вместе с тем в описательной части следует избегать экспертных выводов, т.е. формулировок о диагнозе заболевания, давности повреждения, орудии, способе на­несения и т.д.

Если подэкспертный направлялся к врачу-специалисту на консультацию или лечение, то судебно-медицинский эксперт обязан не только вписать в протокол результаты консультации или лечения, но и дополнительно обследовать потерпевшего и изложить в протоколе его состояние после консультации или лечения.

***В заключении*** должны содержаться обоснованные выводы, по экспертизе, а также ответы на вопросы, поставленные органами следствия и суда. Кроме того, в этом разделе должны освещаться очевидные для эксперта вопросы, вытекающие из хода самого исследования. Одновременно заключение должно являться логическим следствием введения и описательной части и быть на ней основано.

Обычно при оценке степени тяжести причинения вреда здоровью в заключении указывают вид и характер повреждения (кровоподтек, ссадина, перелом, рана, вывих и пр.), его локализацию, время нанесения, мнение о виде оружия (орудия), кото­рым повреждение могло быть причинено, а также тяжесть причинения вреда здоровью согласно принятой в Уголовном кодек­се РФ квалификации.

**Пример.**

На основании объективных данных осмотра, исследования поврежде­ний одежды, анализа медицинских документов с учетом сведений об об­стоятельствах дела и в соответствии с вопросами следователя прихожу к выводам:

1. У гражданина И., 1965 года рождения, имелось колото-резаное проникающее ранение левой половины грудной клетки, сопровождавшееся образованием левостороннего гемопневмоторакса.

2. Свойства описанной в истории болезни раны (небольшая ширина, ровные края и значительная глубина раневого канала), а также особенности повреждения на одежде (ровность краев, разволокнение у верхнего угла повреждения и надрез поперечной нити в нижнем углу) свидетельствуют о том, что ранение гражданину И. причинено колюще-режущим оружием имеющим острое лезвие и тупую спинку, т.е. ножом типа финского.

3. Так как полученное гражданином И. ранение сопровождалось вскрытием грудной полости, его следует отнести к категории тяжкого вреда здоровью — по признаку опасности для жизни.

Ответственность по ст. ст. 307 и 310 УК РФ известна.

Судебно-медицинский эксперт

«Заключение эксперта» должно быть написано без употребления специальных медицинских и латинских терминов, без помарок и исправлений, сокращения слов и без пропусков между фразами, с полями для подшивки и подписано экспертом (экспертами).

В сложных, спорных случаях судебно-медицинский эксперт может не давать заключения о степени тяжести вреда здоровью, направив материалы экспертизы начальнику бюро для проведения комиссионной экспертизы.

**Побои, мучения, истязания**

**Побои** являются действиями, характеризующимися много­кратным нанесением ударов. В результате побоев могут возни­кать телесные повреждения. Однако побои могут и не оставить после себя никаких объективно выявляемых повреждений. Если в результате многократного нанесения ударов возникает вред здоровью (тяжкий, средней тяжести или легкий), то такие дей­ствия не рассматриваются как побои, а оцениваются как причи­нение вреда здоровью соответствующей тяжести.

Если после нанесения ударов у подэкспертного обнаружива­ются повреждения (ссадины, кровоподтеки, небольшие раны, не влекущие за собой временной утраты трудоспособности или не­значительной стойкой утраты общей трудоспособности), их описывают, отмечая характер повреждений, локализацию, при­знаки, свидетельствующие о свойствах причинившего их пред­мета, давность и механизм образования. При этом указанные повреждения не расценивают как вред здоровью и тяжесть их не определяют.

Если побои не оставляют после себя объективных видимых следов, то судебно-медицинский эксперт в заключении отмечает жалобы подэкспертного, в том числе на болезненность при пальпации тех или иных областей тела, отсутствие объективных признаков повреждений и не определяет тяжесть вреда здоро­вью. В подобных случаях установление факта побоев осуществляется органами дознания, предварительного следствия, прокуратуры или суда на основании немедицинских данных.

Наказание за нанесение побоев предусмотрено ст. 116 УК РФ.

**Мучения и истязания** представляют собой действия, в резуль­тате которых может возникать вред здоровью.

Судебно-медицинский эксперт не устанавливает мучений и истязаний. Однако он должен определить:

* тяжесть вреда здоровью, причиненного мучениями, т.е. действиями, причиняющими страдания (заболевание) пу­тем длительного лишения пищи, питья, воздуха, тепла или света; либо помещения (или оставления) потерпевшего во вредные для здоровья условия, либо другие сходные дей­ствия;
* наличие, характер повреждений, их локализацию, орудие и механизмы возникновения, давность и неодновременность их нанесения, тяжесть вреда здоровью в случаях причине­ния их способом, носящим характер истязания.

Под **истязанием** понимают причинение физических или пси­хических страданий путем систематического нанесения побоев либо иными насильственными действиями (длительное причи­нение боли щипанием, сечением, причинением множественных, в том числе небольших, повреждений тупыми или острыми ко­лющими предметами, воздействием термических факторов и другие аналогичные действия).

Наказание за истязание предусмотрено ст. 117 УК РФ.

## Экспертиза рубцов кожи

Органам расследования и суду в ряде случаев необходимо выяснить происхождение и давность рубцов кожи, особенно, если была попытка скрыть истинное происхождение рубца.

Кожные рубцы могут быть как исходом каких-либо общих и местных заболеваний, сопровождающихся патологическими процессами в коже, так и последствием внешних воздействий на кожу — механической травмы, высокой температуры и др. Дифференциальная диагностика рубцов нетравматического и травматического происхождения нередко затруднительна.

Рубцы остаются после многих патологических процессов в коже и подкожной клетчатке: сифилиса, туберкулеза, фурунку­леза и т.д. По некоторым рубцам можно без особого труда рас­познать бывшие заболевания (оспа, фурункулез, гуммозный си­филис). В то же время отдельные фурункулы, например, могут оставлять рубцы, похожие на рубцы, образовавшиеся после ог­нестрельных пулевых ранений. Характерные особенности имеют рубцы после ожогов и резаных ран.

**Рубцы после пулевых ранений.** Рубец на месте входного от­верстия имеет обычно округлую или слегка овальную, большей частью неправильную форму и неровный край. Последний мо­жет быть пигментирован. Рубцы на месте выходного отверстия имеют неправильную форму, бывают иногда с лучистыми, слег­ка втянутыми краями.

От выстрелов на близком расстоянии в области рубца могут остаться внедрившиеся в кожу отдельные порошинки и мелкие металлические частички. Последние выявляются рентгенологи­ческим исследованием, особенно в мягких лучах. Рубцы на мес­те входного отверстия от выстрела в упор имеют большие раз­меры, чем рубцы от выходного отверстия, часто лучистую или неправильную форму вследствие разрывов краев входного от­верстия. В рубце могут оказаться вкрапленными отдельные по­рошинки и частички металлов.

**Рубцы после повреждений острыми орудиями** зависят от харак­тера заживления раны. При заживлении раны первичным натя­жением рубец имеет, как правило, линейную форму и к концам истончается. Эти особенности позволяют судить и о направле­нии движения лезвия. Подвижность рубца зависит от глубины повреждения.

Заживление раны вторичным натяжением оставляет рубец неправильной линейной формы, значительно превышающий по ширине лезвие. При затупленных лезвиях отличить рубцы после ран от острых орудий и тупых предметов невозможно.

***Рубцы от повреждений колющими орудиями*** могут иметь фор­му поперечного сечения орудия, причинившего повреждение. Однако это, скорее, является исключением. Форма и величина рубцов после колотых и колото-резаных ран бывают различные. В некоторых случаях рубцы колотых ран имеют внешнее сходст­во с рубцами после пулевых ранений.

***Рубцы после рубленых ран*** имеют характер рубцов от острых орудий, линейную форму. Они более глубоки, спаяны с подле­жащими тканями, иногда с поврежденными костями.

**Рубцы после повреждений тупыми предметами** могут в отдель­ных случаях по внешнему виду напоминать рубцы от острых орудий. В большинстве случаев повреждения от тупых орудий заживают вторичным натяжением. Поэтому рубцы после них имеют неправильную форму, неровные края и нередко спаяны с подлежащими тканями, особенно в области костей. Заживление ран вторичным натяжением может значительно изменить форму рубца, что делает невозможным определение по нему орудия, причинившего повреждение.

И все же на трудности, детальное изучение рубца с приме­нением всех существующих методов исследования может дать возможность установить происхождение повреждения, вызвав­шего его образование.

Так как экспертиза рубцов проводится спустя длительное вре­мя после травмы, а иногда и через много лет, то вещественные доказательства и медицинские документы обычно отсутствуют.

Определение давности рубца производится по его особенно­стям: плотности, цвету, поверхности, подвижности и другим особенностям. В формировании рубца отмечают несколько ста­дий, переходящих одна в другую без резких границ. Весь период формирования и изменения рубца продолжается около 4-х месяцев. Разнообразие повреждений в сочетании с индивидуальными особенностями значительно влияет на характер и особен­ности формирования рубца и дальнейшее его изменение.

**Методика экспертизы рубцов кожи**

Судебно-медицинская экспертиза рубцов кожи проводится в порядке, принятом для экспертизы по поводу повреждений. Вначале необходимо ознакомиться с материалами дела, особенно с медицинскими документами, уяснить цель экспертизы, вопросы, подлежащие разрешению. Особое значение приобретают медицинские документы, поскольку имеющиеся в них сведения, как правило, являются более объективными, чем свидетельские показания. Затем переходят к собиранию анамнеза и жалобам. Анамнестические сведения также играют большую роль, так как дают возможность после исследования рубцов сопоставить по­лученные объективные данные с рассказом подэкспертного. По­сле этого подробно осматривают, описывают и фотографируют рубец. При описании отмечают следующие особенности рубца: месторасположение, форму, размеры, поверхность, подвижность, плотность, цвет, отношение к окружающим тканям и со­стояние последних.

Иногда сопоставление всех обнаруженных на теле рубцов спо­собствует установлению происхождения и того рубца, который не­посредственно должен быть подвергнут экспертной оценке.

Придавливание рубца стеклом позволяет обнаружить иногда на фоне побледневшего участка посторонние включения. По­следние из поверхностных слоев кожи удается иногда извлечь и подвергнуть судебно-химическому исследованию. Для выявле­ния сосудов в рубце, если они не заметны, на рубец наносят каплю вазелинового масла для просветления поверхностных слоев эпидермиса.

При необходимости проводятся дополнительные исследова­ния. Рентгенологическое исследование позволяет обнаружить инородные включения и частички, что очень важно для выяс­нения происхождения повреждения. Исследование рубцов в ультрафиолетовых лучах дает возможность выявить невидимые при обычном освещении и мало заметные рубцы и осаднения, а также их давность. Предварительно исследуемый участок кожи хорошо промывают с мылом, чтобы избежать флюоресценции посторонних, загрязняющих кожу веществ, а затем осматривают под лучами ртутно-кварцевой лампы с фильтром.

Применение указанных методов расширяет возможности экспертизы рубцов, так как позволяет выявить детали, важные для обоснованного решения отдельных вопросов.

Следующим этапом экспертизы является сопоставление полу­ченных при исследовании рубцов объективных данных с рассказом подэкспертного о времени и способе получения повреждений.

Если есть возможность, то данные, имеющиеся в медицин­ских документах, сравнивают с результатами исследования руб­цов, что позволяет дать более категорическое и полноценное судебно-медицинское заключение. К нему желательно приложить схемы частей тела человека, на которых указывается расположе­ние, форма и величина имеющихся рубцов, что дает возможность представить их соотношение с остальными частями тела. Наибо­лее убедительным и объективным отображением исследованного рубца является фотография. Особенно важно фотографирование при экспертизе рубцов лица, поскольку их суд обычно признает обезображивающими, а высшие судебные инстанции не могут без фотографии оценить правильность таких выводов.

Заключение судебно-медицинского эксперта с приложенны­ми к нему иллюстрациями является убедительным и наглядным документом.

**Экспертиза установления возраста**

Судебно-медицинская экспертиза по поводу установления возраста возникает по многочисленным и разнообразным причи­нам в уголовных и гражданских делах. Она проводится только по постановлению органов расследования или по определению суда.

В уголовных делах для определения возраста обязательна су­дебно-медицинская экспертиза. **Статья 79 УПК РСФСР гласит:** **«Проведение экспертизы обязательно... для установления возраста обвиняемого, подозреваемого или потерпевшего в случаях, когда это имеет значение для дела, а документы о возрасте отсутствуют».**

Отделы записей актов гражданского состояния (ЗАГС) в не­обходимых случаях проводят установление возраста сами, без помощи судебно-медицинского эксперта, в определенном по­рядке, который приводится ниже.

Лица, на которых восстанавливается запись о рождении, на­правляются бюро ЗАГСа на медицинское освидетельствование в двух случаях: а) если в документах, представленных заявителем, и материалах, полученных в результате проверки, отсутствуют сведения о возрасте лица, на которого восстанавливается запись о рождении; б) если представлены документы с противоречивы­ми данными о возрасте или если противоречивые сведения о возрасте были получены в результате проверки.

Например, возраст, записанный в паспорте или в выписке из домовой (поселковой) книги, не соответствует возрасту, указан­ному в свидетельстве о браке; возраст заявителя, записанный в паспорте, не соответствует возрасту, указанному в выписке из домовой (поселковой) книги.

Необходимо иметь в виду, что врач при определении возрас­та подэкспертных лиц руководствуется рядом возрастных при­знаков, связанных с развитием и особенностями организма. Од­нако эти признаки не имеют четкого разграничения между от­дельными возрастами, поэтому врач может давать заключения только о приблизительном возрасте. В основном это относится к людям пожилого возраста. Во врачебных заключениях должно быть указано, на основании каких признаков определен возраст заявителя.

После окончания проверки и медицинского осмотра лиц, возраст которых восстанавливается, время рождения устанавли­вается комиссиями по определению возраста. Такие комиссии создаются при районных и городских отделах (бюро) ЗАГСа. В их состав обычно входят секретарь районной или городской ад­министрации, заведующий отделом (бюро) ЗАГСа и врач.

Возраст лиц определяется комиссией с учетом всех материа­лов, имеющихся в деле по восстановлению актовой записи о рождении: документов, представленных заявителями, а также полученных в результате проверки; заключения о медицинском осмотре; заявлений граждан и др. Если по представленным до­кументам и материалам, полученным в результате проверки, день и месяц рождения установить невозможно, датой рождения следует считать 1 июля установленного года. При отсутствии сведений только о дне рождения днем рождения считается 15-е число соответствующего месяца. Решение комиссии оформляет­ся протоколом. В протоколе, подписанном всеми членами ко­миссии, указывается, на основании каких документов и данных определен возраст заявителя. Таков порядок определения воз­раста для ЗАГСа.

В правовом отношении под возрастом понимается установ­ленное законом число лет жизни физического лица, определяю­щее его права, обязанности и ответственность. В возрастном от­ношении различают совершеннолетних и несовершеннолетних. Среди несовершеннолетних лиц особо выделяются малолетние.

**Совершеннолетие.** В Российской Федерации совершенноле­тие наступает по достижении 18-летнего возраста. С достижени­ем 18-летнего возраста наступает полная гражданская дееспо­собность, т.е. способность лица приобретать своими действиями права и создавать для себя обязанности. Лица мужского пола в возрасте 18 лет подлежат призыву в армию.

*Брачный возраст.* Условием вступления в брак является дос­тижение определенного возраста, который в Российской Феде­рации совпадает с достижением совершеннолетия, т.е. 18 лет.

**Несовершеннолетние.** Несовершеннолетние, не достигшие 14 лет, являются малолетними. Лица, не достигшие 18 лет, счита­ются несовершеннолетними. Определенная дееспособность у них наступает ранее достижения совершеннолетия. При дости­жении 16 лет наступают трудовое совершеннолетие и трудовая дееспособность.

Основным доказательством возраста до 16 лет является сви­детельство о рождении. В 14—16 лет обязательно получение паспорта. В 14 лет приобретается право совершать сделки с со­гласия родителей, усыновителей, попечителей; самостоятельно распоряжаться заработной платой и внесенными на свое имя вкладами в сберкассу; поступать в профессионально-технические училища. Достигшие 14-летнего возраста могут привлекаться к уголовной ответственности по ряду преступле­ний, предусмотренных ст. 20 УК РФ.

**Статья 20 УК РФ. Возраст, с которого наступает уголовная ответственность**

**1.** Уголовной ответственности подлежит лицо, достигшее ко времени совершения преступления шестнадцатилетнего возраста.

**2.** Лица, достигшие ко времени совершения преступления четырнадца­тилетнего возраста, подлежат уголовной ответственности за убийст­во (ст. 105), умышленное причинение тяжкого вреда здоровью (ст. 111), умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью (ст. 112), похищение человека (ст. 126), изнасилование (ст. 131), насильственные действия сексуального характера (ст. 132), кражу (ст. 158), грабеж (ст. 161), разбой (ст. 132), вымогательство (ст. 163), неправомерное завладение автомобилем или иным транс­портным средством без цели хищения (ст. 166), умышленное унич­тожение или повреждение имущества при отягчающих обстоятель­ствах (часть вторая ст. 167), терроризм (ст. 205), захват заложни­ка (ст. 206), заведомо ложное сообщение об акте терроризма (ст. 207), хулиганство при отягчающих обстоятельствах (части вторая и третья ст. 213), вандализм (ст. 214), хищение либо вы­могательство оружия, боеприпасов, взрывчатых веществ и взрыв­ных устройств (ст. 226), хищение либо вымогательство наркотиче­ских средств или психотропных веществ (ст. 229), приведение в негодность транспортных средств или путей сообщения (ст. 267).

**3.** Если несовершеннолетний достиг возраста, предусмотренного час­тями первой или второй настоящей статьи, но вследствие отстава­ния в психическом развитии, не связанном с психическим рас­стройством, во время совершения общественно опасного деяния не мог в полной мере осознавать фактический характер и обществен­ную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, он не подлежит уголовной ответственности.

**Медицинская классификация возраста.** С медико-биологичес­кой точки зрения у человека различают следующие возрастные периоды: период детства — от внутриутробного развития до пе­риода достижения половой зрелости — 18—20 лет, который включает и юношество (18—20 лет); период молодого возраста — 20—25 лет; период зрелого возраста — 25—50 лет; период пожи­лого возраста — 50—60 лет и период старческого возраста — по­сле 60 лет.

Эти возрастные периоды, переходящие без резкой грани один в другой, характеризуются некоторыми особенностями, позволяющими сравнительно легко устанавливать возрастной период. Этими же особенностями руководствуются при экспер­тизе установления возраста.

**Поводы для экспертизы по установлению возраста.** Необходи­мость судебно-медицинской экспертизы по установлению возраста возникает в следующих случаях: когда возраст неизвестен вследст­вие отсутствия документов, которые могут его подтвердить; когда имеется налицо умышленное сокрытие возраста; когда возникает сомнение в подлинности возраста, указываемого в представленных документах. Необходимость установления возраста на практике возникает во все возрастные периоды, но наиболее часто прихо­дится устанавливать достижение возраста 14—16—18 лет в связи с возбуждением уголовных дел или привлечением к уголовной от­ветственности, а также у потерпевших. Установление возраста в средние возрастные периоды встречается значительно реже, еще реже — в пожилом и старческом возрастах.

Установление возраста до 18 лет необходимо, например, в связи с возбуждением дела о подмене ребенка, с установлением измененной фамилии ребенка и по другим поводам. После 18 и до 20—25-летнего возраста — в связи с призывом на действи­тельную военную службу. Различные причины установления возраста возникают и в более поздние возрастные периоды.

**Методика экспертизы по установлению возраста**

Экспертиза по установлению возраста начинается с подроб­ного ознакомления с документами (направлением органов дознания, постановлением следователя, определением суда и т.д.) для выяснения ее причины. Это необходимо эксперту для ори­ентировки и правильного подхода к освидетельствуемому.

После ознакомления с документами эксперт приступает к со­биранию анамнеза — выясняет дату рождения, устанавливает, почему подэкспертный не может указать точно дату своего рож­дения и возраст. Кроме того, при этом как в уголовных, так и в гражданских делах судебно-медицинский эксперт должен преду­смотреть попытку умышленного введения его в заблуждение по самым разным мотивам. Не исключена и возможность подмены подэкспертного другим лицом. Поэтому необходимо удостове­риться в подлинности личности подэкспертного. При малейшем сомнении эксперт должен приостановить экспертное исследова­ние и заявить представителям тех органов, которые направили подэкспертного на экспертизу, о необходимости установления его личности. Лишь после того как эксперт удостоверится в личности подэкспертного, он может переходить к его обследованию.

Вначале рекомендуется произвести тщательный осмотр по­дэкспертного, для чего необходимо полностью раздеть его. Эта процедура обязательна, особенно при установлении возраста у детей, подростков, молодых людей. Далее эксперт описывает все обнаруженные изменения и признаки.

Осматриваются и описываются кожные покровы, вторичные половые признаки (их наличие или отсутствие), состояние по­ловых органов, развитие волосяных покровов на верхней губе, .подбородке, в подмышечных впадинах, на лобке; наличие, ха­рактер и локализация морщин, состояние постоянных или мо­лочных зубов, их число в каждой челюсти, степень стертости и другие особенности. У юношей отмечаются особенности голоса. Затем производятся антропометрические измерения, это осо­бенно важно при осмотре подэкспертных, не достигших поло­вой зрелости. В детском возрасте также обязательны измерения окружности головы, груди, плеча, бедра, роста стоя, сидя, веса. У лиц женского пола собирается специальный анамнез.

Обязательным является и рентгенографическое исследование как всего скелета подэкспертного, так и отдельных его частей. Рентгенографические данные, помогающие выяснить особенно­сти и время окостенения скелета, позволяют наиболее точно устанавливать определенные возрастные периоды. Суждение о возрасте по внешним признакам может быть ошибочным.

Большое значение для установления возраста имеют отдель­ные признаки. Нужно иметь в виду, что точное установление возраста, а именно: даты, месяца, в большинстве случаев и года рождения невозможно в силу значительных колебаний отдель­ных признаков в зависимости от пола, расовых особенностей, условий и образа жизни. Поэтому может быть установлен лишь приблизительный возраст.

В отдельные возрастные периоды точность установления возраста неодинакова.

**Возраст может быть установлен:**

* в период новорожденности в первые дни — с точностью до одного дня, дальше — с колебаниями в несколько дней или недель;
* в грудном периоде — с точностью до месяца;
* в отроческом периоде — с точностью до 1 года;
* в юношеском и молодом периодах — с точностью до 2— 3 лет;
* в зрелом и пожилом возрастах — с колебаниями в 5 лет;
* в старческом периоде — с колебаниями в 10 лет.

При установлении возраста используются различные возрас­тные признаки.

**Рост (длина) тела.** Этот признак имеет значение вместе с другими признаками до окончания периода полового созрева­ния (после чего интенсивность дальнейшего роста тела в длину прекращается). Известно, что длина тела новорожденного в среднем равна 50 см, к 5 годам она удваивается, а к 15 годам — утраивается. Рост тела у девушек прекращается приблизительно с 18 лет, у мужчин — с 25 лет.

**Кожа.** В период полового созревания характер кожных по­кровов, по существу, значения не имеет. Изменения кожи, на­ступающие после завершения периода полового созревания, ха­рактеризуются уменьшением эластичности и появлением при­знаков постепенного увядания: кожных морщин, складок, сухо­сти, незначительного ороговения, пигментации и атрофии.

**Волосы.** Они имеют меньшее значение для определения воз­раста, чем другие признаки, так как поседение волос, которое начинается обычно на висках с 35—40 лет, подвержено значи­тельным колебаниям. Иногда встречается значительное поседение в более раннем возрасте, а порой оно отсутствует и в пожилом возрасте, и даже в старческом. То же самое относится и к полысению, что объясняется сугубо индивидуальными особенностями субъекта. Поэтому состояние волосяного покрова головы при оп­ределении возраста имеет весьма относительное значение.

Появление волос на верхней губе и подбородке у юношей, а также в подмышечных впадинах и на лобке у лиц обоего пола связано с периодом полового созревания. Первые волосы на лобке появляются в 11—13 лет, в подмышечных впадинах — не­сколько позднее. Волосы на верхней губе и на подбородке в ви­де пушка начинают появляться у юношей в 15—16 лет и могут быть хорошо выраженными в 16—18 лет, но в известной мере это зависит от индивидуальных и других особенностей.

**Зубы.** Большое значение при определении возраста до окон­чания полового созревания имеют зубы. В более поздние воз­растные периоды это значение несколько снижается. Первые зубы прорезаются в возрасте 6—8 месяцев. Сначала появляются нижние средние резцы, потом верхние средние и верхние боко­вые; к концу первого года появляются нижние боковые резцы. Таким образом, к началу 2-го года у ребенка имеется 8 зубов, к концу 2-го года появляются остальные 12 молочных зубов. По­стоянные зубы также появляются в определенном порядке: к 5— 7 годам появляются первые постоянные, большие коренные зу­бы (моляры); с 7—8 лет начинается замена молочных зубов по­стоянными. Последние, третьи, большие коренные зубы, так называемые зубы мудрости, появляются иногда в возрасте до 30 лет, в отдельных случаях их может и не быть.

В дальнейшем происходят изменения зубов возрастного поряд­ка, характеризующиеся их стиранием и появлением клиновидных дефектов в области шеек зубов. К 25 годам начинает стираться эмаль, преимущественно на жевательной поверхности резцов; к 30 годам появляется дентин на резцах, на коренных зубах стираются жевательные бугорки. К 35 годам дентин темнеет, более резко вы­раженной становится стертость жевательных бугорков; к 40 годам отмечаются выраженная стертость резцов, появление дентина на коренных зубах; к 50 годам — значительная стертость коренных зубов, поверхность их становится ровной; в дальнейшем появля­ются углубления на жевательных поверхностях зубов. С 27—30 лет возникают клиновидные дефекты у шеек зубов.

**Вторичные половые признаки.** Развитие вторичных половых признаков связано с развитием половых желез. С наступлением периода полового созревания, обусловленного развитием гормональной функции половых желез и ее усилением, заканчивается появление вторичных половых признаков, по которым, собст­венно, и устанавливается период полового созревания. У маль­чиков в этом возрасте отмечается иногда временное набухание грудных желез, усиливается рост гортани, голос становится бо­лее низким; кожа мошонки темнеет, пигментируется так же, как и кожа полового члена; размеры наружных половых органов увеличиваются; на лобке, верхней губе, подбородке, в подмы­шечных впадинах начинается рост волос. Появляется и спермогенетическая функция половых желез; с 15 лет обычно начина­ется выделениеиз половых желез сперматозоидов, появляются поллюции. У девочек период полового созревания и начинается, и заканчивается раньше, чем у мальчиков. С 10—14 лет у дево­чек начинаются менструации, происходит увеличение молочных желез, появляется растительность на лобке и в подмышечных впадинах. Вторичные половые признаки наряду с другими по­зволяют ориентироваться в определении возраста.

Наибольшее значение при определении возраста в периоды до наступления половой зрелости (иногда и позднее) имеют де­формации отдельных костей скелета — появление точек окосте­нения (синостозов) в отдельных костях и других изменений, связанных с соответствующим возрастным периодом. Это наи­более достоверные признаки, устанавливаемые с помощью рентгенографического исследования. Оно производится в облас­ти различных отделов скелета. Наиболее подходящими объекта­ми являются стопа, кисть, грудина.

При определении возраста следует иметь в виду, что в период полового созревания возможны известные колебания в зависимо­сти от пола и расовых особенностей. Как уже было сказано, у мужчин созревание организма происходит на 1—2 года позднее, чем у женщин. Следовательно, при определении возраста прихо­дится учитывать: 1) признаки роста, формирования и созревания организма; 2) признаки увядания и старения организма. Поэтому судебно-медицинскому эксперту необходимо как можно более скрупулезно выявлять признаки созревания и увядания.

Возраст устанавливается на основании деления суммы воз­растов, определенных по каждому отдельному признаку, на чис­ло признаков. При этом следует исключить из числа признаков антропометрические измерения частей тела и рост. При оценке возраста, конечно же, необходимо учитывать индивидуальные особенности, пол, условия жизни, питание и ряд других.

Половые различия между мальчиками и девочками в первые 4 года выражаются в том, что девочки в развитии на несколько месяцев опережают мальчиков. В дальнейшем это опережение увеличивается до 1—1,5 лет, а после включения половых желез — на 2—3 года.

**Экспертиза искусственных и притворных болезней**

Судебно-медицинскому эксперту при исследовании живых лиц необходимо иметь в виду возможность введений его в заблу­ждение со стороны потерпевшего. При этом поводы могут быть различными: попытка скрыть обстоятельства, связанные с про­исшествием и получением повреждений, изменением состояния здоровья, со сроком давности повреждений и др. В то же время судебно-медицинский эксперт не должен воспринимать потер­певшего как человека, заведомо сообщающего ложные сведения и пытающегося ввести его в заблуждение. В каждом конкретном случае судебно-медицинский эксперт должен объективно разо­браться, применяя различные методы исследования, строго со­поставляя объективные данные с объяснениями подэкспертного. На основании данных, устанавливаемых с помощью медицинских знаний, эксперт должен поставить правильный диагноз, опреде­лить характер и происхождение повреждения, заболевания, выяс­нить обстоятельства, интересующие следствие.

Часто судебно-медицинскому эксперту приходится встре­чаться с самоповреждениями. В одних случаях такие самопо­вреждения наносятся для того, чтобы изменить обстановку про­исшествия (изнасилования, ограбления, самоубийства, несчаст­ного случая), извлечь выгоду, показать себя пострадавшим, больным, а также с целью шантажа. Кроме того, встречаются притворные болезненные состояния, преувеличение симптомов заболевания и вызывание искусственных болезней. Такие со­стояния давно и хорошо известны в медицинской практике. Юристу и судебно-медицинскому эксперту нужно иметь о них ясное и правильное представление, уметьих диагностировать и проводить дифференциальный диагноз между действительным и искусственным заболеванием и состоянием.

Судебно-медицинскому эксперту приходится проводить ис­следования по поводу подозрения на искусственную или притворную болезнь в тех случаях, когда такие болезни являются основанием для привлечения к уголовной ответственности. Данные преступления предусмотрены в Уголовном кодексе.

**Статья 339 УК РФ. Уклонение от исполнения обязанностей во­енной службы путем симуляции болезни или иными способами**

**1.** Уклонение военнослужащего от исполнения обязанностей военной службы путем симуляции болезни, или причинения себе какого-либо повреждения (членовредительство), или подлога документов, или иного обмана — наказывается ограничением по военной службе на срок до одного года, либо арестом на срок до шести месяцев, либо содержанием в дисциплинарной воинской части на срок до одного года.

**2.** То же деяние, совершенное в целях полного освобождения от ис­полнения обязанностей военной службы, — наказывается лишением свободы на срок до семи лет.

Следовательно, в одних случаях самоповреждение, притвор­ная или искусственная болезнь выявляются в процессе исследо­вания подэкспертного, а в других — исследование производится по поводу подозрения в самоповреждении, искусственной или притворной болезни.

**Самоповреждение —** это умышленное, противоправное при­чинение вреда своему здоровью. Так обозначается причинение вреда своему здоровью в виде повреждений, вызываемых раз­личными средствами и способами самостоятельно или при по­мощи других лиц. Последние могут проходить как соучастники по делу. На практике встречаются самоповреждения, вызванные механическим воздействием на органы и ткани, а также химиче­ским, физическим и другими агентами. Их часто наносят себе осужденные.

**Искусственная болезнь.** При искусственной болезни субъект тоже причиняет вред своему здоровью различными способами. Только появление этого вреда имеет характер не механической или химической травмы, а протекает в виде заболевания, кото­рое может не быть принято за самоповреждение. Например, конъюнктивит, вызванный механическим или химическим раз­дражителем, принимается за конъюнктивит инфекционный, ал­лергический; уретрит, вызванный введением мыла в уретру, — за гонорейный или вульгарный; колит, вызванный приемом внутрь мыла, — за дизентерию и др. В этих случаях субъект об­ращается к врачу не с травмой или ожогом, а с болезнью, ис­кусственный характер которой необходимо распознать.

**Симуляция.** В медицинской практике по отношению к бо­лезни этим термином обозначается притворная болезнь. При симуляции здоровый субъект только притворяется, изображает болезнь, применяя для этого иногда и некоторые средства, не причиняющие вреда здоровью. Например, подкрашивает уча­сток кожи, желая изобразить кровоподтек, добавляет к моче кровь, изображает эпилептический припадок и др. То есть здо­ровый человек притворяется больным, симулирует болезнь.

Судебно-медицинскому эксперту приходится встречаться не только с симуляцией болезней, но и с симуляцией различных происшествий. Тогда эксперту приходится осматривать участни­ков таких происшествий по поводу повреждений или заболева­ний. Встречается симуляция несчастных случаев, нападений, ограблений, самоубийства, террористического акта и т.д. К судебно-медицинскому эксперту могут направить для осмотра субъекта, который сообщил органам расследования, что он под­вергся нападению, что его связывали, наносили различные по­вреждения и проч. Однако появились основания подозревать, что такого нападения в действительности не было, оно инсце­нировано, а субъект себя связал сам и сам нанес себе поврежде­ния. В этих случаях органы расследования ставят эксперту пря­мой вопрос, предлагая установить, нанес ли свидетель повреж­дения себе сам или они были нанесены посторонней рукой.

Судебно-медицинскому эксперту приходится устанавливать не симуляцию происшествия, что к его ведению и не относится, а характер и происхождение повреждений и возможность нанесения их самому себе. Обычно же проводится исследование по поводу симуляции болезни, которую предъявляет свидетельствуемый.

**Аггравация.** В медицинской практике аггравация обозначает преувеличение симптомов действительно имеющегося заболевания. Об аггравации говорят тогда, когда больной, страдающий каким-либо заболеванием, преувеличивает отдельные его сим­птомы. Например, человек жалуется на сильную головную боль, когда она значительно слабее, или ревматик — на сильную боль в суставах, когда такой боли в действительности он не испытывает.

Разница между симуляцией и аггравацией заключается в том, что симулянт в действительности здоров и болезнь или симптомы болезни только изображает, а аггравант — действи­тельно больной человек, но преувеличивающий остроту сим­птомов заболевания.

**Диссимуляция.** Умышленное сокрытие действительно имею­щегося заболевания носит название диссимуляции. Диссимуля­ция — понятие, обратное симуляции. При симуляции здоровый человек притворяется больным, при диссимуляции больной че­ловек притворяется здоровым, скрывает свое заболевание по различным мотивам и поводам. Например, при страховании жизни и здоровья. Условия страхования предусматривают отказ от выплаты страховой премии, если выяснится, что застрахо­ванный скрыл при страховании имевшееся у него заболевание.

Самоповреждение, искусственная болезнь, притворная бо­лезнь (симуляция), аггравация и диссимуляция становятся спе­циальным предметом судебно-медицинской экспертизы в тех случаях, когда субъект, преследуя корыстные цели, вступает в конфликт с законом и совершает правонарушение. Задачей су­дебно-медицинской экспертизы при этом является установление действительного состояния здоровья подэкспертного, наличия или отсутствия у него заболевания, искусственной (притворной) болезни, аггравации и т.д., а также возможности нанесения по­вреждения собственной или посторонней рукой.

На практике приходится встречаться с различными формами всех этих ложных состояний, возникающих при различных об­стоятельствах и по самым разным поводам и мотивам.

Когда судебно-медицинское исследование проводится по подозрению в самоповреждении, притворной или искусственной болезни, или когда врач заподозрил такое состояние, обследова­ние и экспертиза имеют свои особенности, так же, как и меди­цинское исследование в каждом конкретном случае.

Собирание анамнеза и опрос подэкспертного должны произ­водиться подробно и тщательно. При этом эксперту нельзя по­казывать свои подозрения. Никогда и ни при каких обстоятель­ствах, даже в самых определенных, казалось бы, случаях симуляции, эксперт не должен подходить к подэкспертному, как к явному симулянту. Задача эксперта заключается в том, чтобы выявить, имеется у данного субъекта заболевание или этого за­болевания нет; вызвано оно искусственно или имеет обычное для данного заболевания происхождение; нанесено повреждение самому себе подэкспертным или посторонней рукой.

На основании своих знаний, опыта и тщательного всесто­роннего клинического исследования эксперт и должен в конце концов установить фактическое положение дела. Исследование, опрос, осмотр и наблюдение эксперт проводит внимательно, тактично, деликатно, относясь к подэкспертному, как к дейст­вительно больному человеку. Устанавливая симуляцию или факт нанесения повреждений собственной рукой, эксперт не объяв­ляет об этом подэкспертному и не пытается уличить его, а фик­сирует все полученные им данные, производя анализ иих син­тез, на основании которого затем приходит к такому заключе­нию в документе экспертизы. Последний передается представи­телю органов расследования.

Отметим, что экспертиза подобного рода часто бывает до­вольно сложной и не может быть произведена единолично, осо­бенно по подозрению в симуляции болезни. В таком случае эксперт сообщает представителю органов расследования о необ­ходимости привлечь для осмотра и исследования подэкспертного других специалистов.

В заключение следует сказать, что если в процессе судебно-медицинской экспертизы возникает сомнение в действительно­сти заболевания или в происхождении повреждения, то эксперт должен: *во-первых,* произвести тщательное обследование субъек­та для распознавания характера заболевания или повреждения и его происхождения, *во-вторых,* всегда помнить, что искусствен­ные (притворные) болезни, самоповреждения могут быть прояв­лением психического заболевания. В последнем случае эксперт сообщает следователю свое мнение о необходимости привлече­ния психиатра к участию в комиссии экспертов. Следователь при согласии с экспертом выносит постановление о привлече­нии к участию в экспертизе психиатра.

От судебно-медицинского эксперта и привлекаемого к экс­пертизе врача (консультанта) требуется постоянная, вниматель­ная и критическая оценка клинических симптомов и данных специальных исследований, что позволит исключить ошибоч­ную постановку диагноза заболевания там, где его нет.

**Основные вопросы, решаемые** **судебно-медицинской экспертизой по поводу симуляции**

1. Какое заболевание обнаружено у испытуемого и каковы его причины?

2. Какие объективные данные подтверждают заболевание?

3. Типично ли протекает заболевание у подэкспертного?

4. Устанавливается ли общая картина болезни или отдельные ее симптомы, что воссоздать легче?

5. Не является ли необычность течения преувеличением от­дельных симптомов болезни?

6. Соответствуют ли объективные признаки болезни сообще­ниям испытуемого о сроках ее начала и причинах?

7. Каково отношение подэкспертного к проведенному ле­чению?

8. Нет ли попыток ухудшить течение болезни отказом от ле­чебных мероприятий или каким-либо другим способом?

9. Не отмечается ли преуменьшение подэкспертным эффек­тивности проведенного лечения?

10. Какими объективными данными подтверждается отсутст­вие болезни?

 **Основные вопросы, решаемые** **судебно-медицинской экспертизой по поводу самоповреждений**

1. Какое повреждение обнаружено у подэкспертного?

2. Каким орудием или оружием оно было нанесено?

3. Каков механизм образования повреждений (число ударов, направление их и другие особенности)?

4. Каково (при огнестрельных повреждениях) расстояние и направление выстрела, отмечается ли локализация входных и выходных отверстий, наличие в раневом канале посторонних включений (элементов)?

5. Из какого оружия произведен выстрел?

6. Не обнаружено ли в области повреждения остатков или следов действия каких-либо веществ, которыми оно могло быть вызвано?

7. Соответствуют ли обстоятельства возникновения повре­ждения, изложенные потерпевшим, данным объективного ис­следования?

8. Возможно ли причинение обнаруженных повреждений са­мим потерпевшим?

9. Соответствует ли объективным данным сообщение потер­певшего о давности получения повреждения?

10. Какова степень тяжести причинения вреда здоровью?

11. Каково отношение подэкспертного к проводимому ле­чению?

12. Нет ли попыток искусственно ухудшить течение болезни (невыполнение лечебных процедур, срывание повязок )?

**Экспертиза установления пола и половых состояний**

В судебно-медицинской практике приходится рассматривать широкий круг вопросов, связанных с определением пола. Одни вопросы относятся к установлению полового состояния и от­правлению нормальных половых функций, другие — к наруше­нию нормального полового уклада и связанными с этим престу­плениями. Поэтому каждая из этих групп вопросов рассматри­вается отдельно.

В уголовных и гражданских делах судебно-медицинская экс­пертиза определения полового состояния может быть связана с необходимостью установления:

1) истинного пола;

2) половой зрелости;

3) способности к половому сношению, оплодотворению, за­чатию;

4) половой неприкосновенности;

5) наличия беременности, ее отсутствия, бывших родов, аборта.

**Судебно-медицинская экспертиза установления истинного пола**

Необходимость установления истинного пола возникает в случаях сомнения в принадлежности субъекта к тому или друго­му полу. Это может быть связано с различными поводами и производится как в отношении детей, так и взрослых.

Пол может быть ошибочно установлен у ребенка при его рождении вследствие неправильного, врожденного нарушения развития половых органов. В дальнейшем, с развитием ребенка, возникает сомнение в правильности определения пола и необ­ходимость установления истинного пола с последующим ис­правлением в документах. Неопределенное половое состояние, когда имеются внешние признаки и того и другого, или проти­воположного пола, принято обозначать как **гермафродитизм.**

В настоящее время различают:

**1. *Истинный гермафродитизм,*** для которого характерно на­личие в гонадах ткани яичка и яичника и нарушение эмбрио­нальной функции ткани яичка еще в эмбриональном периоде.

**2. *Мужской псевдогермафродитизм,*** характеризующийся поч­ти всегда мужским генотипом, наличием двух яичек, но различ­ной степенью нарушений образования этими яичками в эм­бриональном и постнатальном периодах морфогенетических инкретов и андрогенов.

**3. *Женский псевдогермафродитизм,*** который характеризуется нормальным женским генотипом, нормальным развитием внут­ренних женских половых органов и резко выраженным, похо­жим на мужские, строением наружных половых органов (обыч­но под влиянием избытка андрогенов).

Как истинный гермафродитизм, так и ложный в судебно-медицинской практике встречается очень редко, и устанавливать характер нарушений развития пола бывает крайне трудно.

В связи с исключительными сложностями диагностики и клиническим разнообразием форм детальное обследование та­ких лиц должно производиться только в специализированном клиническом центре. Нельзя давать какое-либо заключение на основании одного вида и состояния наружных половых органов. Вопрос об установлении паспортного пола и у взрослых, и у де­тей должны решать клиницисты: эндокринологи, психиатры и сексопатологи.

Все сказанное выше определяет организацию, возможности и направление судебно-медицинской экспертизы.

**Судебно-медицинская экспертиза установления половой зрелости**

Поводом к установлению достижения или недостижения по­ловой зрелости может явиться обвинение в нарушении половой неприкосновенности лица, не достигшего половой зрелости. Половая жизнь направлена на произведение потомства, следова­тельно, и половая зрелость есть определенное состояние физи­ческой подготовленности к воспроизведению потомства.

Организм женщины должен быть подготовлен не только к половому сношению, оплодотворению и зачатию, что может на­ступить значительно раньше половой зрелости, но к вынашиванию плода и родоразрешению без вреда для здоровья женщины. Таким образом, главными и основными критериями половой зрелости женщины будут подготовленность к вынашиванию плода и родоразрешению без вреда для ее здоровья.

Из всего сказанного можно сделать вывод: половой зрело­стью лиц женского пола является такое физическое развитие и физиологическое состояние организма, при котором вынашивание плода и родоразрешение совершаются без вреда для здоровья женщины и являются нормальным физиологическим актом. Предлагается учитывать совокупность следующих при­знаков: а) общее развитие организма; б) развитие половых органов и способность к совокуплению; в) способность к за­чатию; г) способность к вынашиванию плода; д) способность к родоразрешению; е) способность к вскармливанию.

**Судебно-медицинская экспертиза установления способности к половому сношению, оплодотворению, зачатию**

Экспертиза установления способности к половому сноше­нию и оплодотворению у мужчин и способности к половому сношению и зачатию у женщин может иметь место в уголовных и гражданских делах.

**Установление производительной способности у мужчин.** Пово­дом к такой экспертизе в уголовных делах являются обычно преступления, связанные с изнасилованием или нарушением половой неприкосновенности, когда обвиняемый отрицает у себя способность к половому сношению и оплодотворению вследствие каких-либо заболеваний или импотенции. В граж­данских делах данная экспертиза производится иногда в связи с предъявлением алиментных исков.

Способность к воспроизведению потомства у мужчин скла­дывается из способности к половому сношению и способности к оплодотворению.

Способность к половому сношению и способность к оплодо­творению могут присутствовать независимо друг от друга. Муж­чина может быть способен к половому сношению и в то же время у него может отсутствовать способность к оплодотворе­нию. И наоборот, при отсутствии способности к половому сно­шению мужчина иногда может сохранить способность к оплодо­творению. Поэтому при экспертизе установления производи­тельной способности приходится устанавливать и способность к половому сношению, и способность к оплодотворению.

**Установление способности к половому сношению и зачатию у женщин.** Поводом к проведению данной экспертизы в граждан­ских делах является чаще всего заявление о расторжении брака. Однако такая необходимость возникает и в уголовных делах (например, при ложном обвинении в изнасиловании).

Способность к воспроизведению потомства у женщины складывается из способности к половому сношению и способ­ности к зачатию. Как и у мужчин, способность к половому сношению и способность к зачатию у женщин приходится уста­навливать раздельно.

*Установление способности к половому сношению.* Как уже ука­зывалось, способность к половому сношению у женщин возни­кает ранее достижения половой зрелости, и половое сношение становится возможным при нормальном развитии организма к 14-15 годам, а иногда и ранее. К этому возрасту развитие поло­вых органов достигает такой степени, что допускает введение нормального полового члена взрослого мужчины без особого травмирования половых органов.

*Неспособность к зачатию.* Неспособность к зачатию приво­дит к бесплодию женщины. Различают абсолютное бесплодие, обусловленное патологическими состояниями, препятствующи­ми зачатию, и относительное бесплодие, при котором причины, вызывающие бесплодие, могут быть устранены. Кроме того, различают первичное и вторичное бесплодие. Первичным бес­плодием называют отсутствие вообще у данной женщины беременности; вторичным бесплодием называется отсутствие спо­собности к зачатию у женщины, которая имела уже одну или несколько беременностей.

**Судебно-медицинская экспертиза установления половой неприкосновенности**

Установление половой неприкосновенности приходится про­изводить у лиц женского пола. Только в исключительных случаях половая неприкосновенность устанавливается у подростков муж­ского пола.

Поводом для установления половой неприкосновенности может явиться обвинение в развратных действиях с малолетни­ми, в делах об изнасиловании или покушении на изнасилова­ние. Поводом к установлению половой неприкосновенности у лиц женского пола является нередко привлечение к ответствен­ности за клевету, оскорбление (например, при ложном обвине­нии в сожительстве с определенным лицом или несколькими лицами). Подобные дела возникают в порядке частного обвине­ния, по заявлению потерпевшей. Суд, принимая заявление по­терпевшей, в отдельных случаях может направить ее на экспер­тизу для установления половой неприкосновенности.

Установление половой неприкосновенности производится только по постановлению органов следствия или определению суда.

Установление половой неприкосновенности у лиц женского пола сводится, по существу, к исследованию состояния девст­венной плевы — ее целости или наличия повреждений. Лише­ние физической девственности определяется только по наруше­нию целости девственной плевы. Судебно-медицинский эксперт должен установить: 1) имеет ли место нарушение целости девст­венной плевы, 2) произошло ли нарушение целости девственной плевы путем введения полового члена во влагалище или имел место иной механизм ее нарушения.

Установление половой неприкосновенности у малолетних и несовершеннолетних мужского пола производится крайне редко. Поводом могут быть либо половое сношение с малолетним или несовершеннолетним, либо развратные действия с малолетними и несовершеннолетними, совершенные лицами женского пола. При экспертизе мальчика или подростка составляется заключение, в котором описывается состояние половых органов. В вы­водах отмечается, что данных, указывающих на нарушение по­ловой неприкосновенности, при исследовании не обнаружено.

**Судебно-медицинская экспертиза установления беременности, родов, аборта**

В уголовных и гражданских делах может возникнуть необхо­димость разрешения многих вопросов, связанных с беременно­стью: установление существующей беременности и ее срока, продолжительности; установление бывшей беременности, быв­ших родов, их давности; установление прерывания беременно­сти, его давности, причины и способа аборта, причинной связи прерывания беременности с травмой, механической или психи­ческой, и ряд других.

В уголовных делах установление беременности необходимо производить:

а) в делах о нарушении половой неприкосновенности, при обвинении в развратных действиях, половом сношении с лицом, не достигшим половой зрелости, при изнасиловании, когда по­следствием этих действий является беременность;

б) при нарушении нормального течения беременности после травмы, психического воздействия или других внешних воздей­ствий;

в) при подозрении в детоубийстве, когда исчезает ребенок или обнаруживается труп новорожденного, и подозрение падает на определенную женщину, а также при подкидывании ребенка;

г) при разрешении вопросов, связанных с вынесением при­говора и определением меры наказания; для отсрочки исполне­ния приговора беременной; для смягчения меры наказания.

В гражданских делах установление беременности произво­дится:

а) при алиментных исках — для установления наличия бере­менности и ее срока;

б) в делах о наследовании — для установления продолжи­тельности беременности;

в) в бракоразводных делах;

г) в трудовых делах при нарушении законоположения о приеме на работу при беременности, для определения льгот на получение пособий и т.д.

Судебно-медицинской экспертизе приходится разрешать при этом следующие вопросы:

* установление наличия беременности и ее срока;
* могла ли быть такая продолжительность беременности;
* установление бывшей беременности, родов и давности их.

Диагностика беременности зависит прежде всего от ее срока: чем меньше срок беременности, тем труднее ее определить. По­этому и методы исследования беременности в известной мере обусловлены ее сроками.

Если беременность окончилась родами, то единственным кри­терием срока беременности являются признаки зрелости плода.

Главными признаками зрелости новорожденного являются его рост и вес. Эти показатели могут колебаться в значительных пределах. Так, вес новорожденного при срочных родах может быть от 2500 до 5500 г (средний вес равен 3200—3250 г). Рост может колебаться в пределах 48—58 см (средний рост для обоих полов 50,9 см). Нижними границами роста и веса для зрелых доношенных новорожденных установлены 47 см и 2500 г.

Необходимость установления бывших родов может потребо­ваться по различным поводам. Например, поступает заявление, что женщина была беременна, но беременность свою скрыла. По-видимому, были роды, но ребенка нет. Обнаруживается труп новорожденного, в связи с чем разыскивается мать. Установле­ние бывших родов может быть связано с детоубийством. Жен­щина может скрывать, что она была матерью, по разным при­чинам, или же утверждать, что родила ребенка, который на са­мом деле ею похищен.

При этой экспертизе приходится разрешать следующие во­просы:

* рожала женщина или не рожала;
* если рожала, то как давно были роды.

Разрешение этих вопросов требует акушерско-гинекологического исследования.

По состоянию половых органов можно установить, что женщина не рожала. Возможность установления бывших родов зависит от их давности. В первые дни и недели после родов ди­агноз бывших родов ставят без затруднений по состоянию поло­вых органов, выделениям из них, родовым повреждениям поло­вых путей, по состоянию, выделению и цитологическому анали­зу молочных желез. После родов и соответствующей инволюции матки установление бывшей беременности затруднительно. Ука­занием на бывшие роды могут служить рубцы влагалища после разрывов, имевших место в процессе родов, надрывов шейки матки. В этих случаях могут возникнуть сложности в определе­нии давности родов.

***Судебно-медицинская экспертиза при расследовании дел о не­законном аборте.*** Хотя прерывание беременности при нежела­нии женщины ее сохранить разрешено российским законода­тельством, но и в настоящее время экспертиза по делам о не­законном аборте встречается часто.

При расследовании уголовных дел, возбуждаемых в связи с незаконным производством аборта, следователю приходится выяснять, проверять и устанавливать ряд данных, разъяснение которых требует специальных медицинских знаний. В связи с этим прежде всего требуется произвести судебно-медицинское исследование женщины, подозреваемой в прерывании своей беременности.

При судебно-медицинской экспертизе приходится выяснять следующие данные:

* беременна ли данная женщина, и если да, то какой у нее срок беременности;
* не имело ли место прерывание беременности, и если да, то на каком месяце;
* не было ли в данном случае самопроизвольного прерыва­ния беременности;
* если имело место прерывание беременности, то каким способом и какие имеются для этого доказательства;
* какие последствия имело прерывание беременности;
* какова степень тяжести причиненных при прерывании бе­ременности повреждений;
* какова степень тяжести осложнений, возникших в связи с прерыванием беременности;
* не имеется ли стойкая утрата трудоспособности в связи с повреждениями или осложнениями, возникшими вследст­вие прерывания беременности; если да, то каковы разме­ры стойкой утраты трудоспособности;
* не связаны ли возникшие осложнения после прерывания беременности с антисанитарной обстановкой и способом производства аборта.

Судебно-медицинскую экспертизу при расследовании дел о незаконном производстве аборта приходится проводить иногда только по материалам дела. Однако их может быть достаточно для того, чтобы составить заключение. В других случаях прихо­дится производить осмотр женщины, у которой было или пред­полагается прерывание беременности.

##  Экспертиза заражения венерической болезнью и ВИЧ-инфекцией

**Заражение венерической болезнью**

Заражение венерической болезнью — преступление против здоровья человека; оно рассматривается в уголовном праве как телесное повреждение. Наказание за это преступление преду­смотрено ст. 121УК РФ.

**Статья 121 УК РФ. Заражение венерической болезнью**

**1.** Заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, —

наказывается штрафом в размере от двухсот до пятисот ми­нимальных размеров оплаты труда или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от двух до пяти месяцев, либо исправительными работами на срок от од­ного года до двух лет, либо арестом на срок от трех до шести месяцев.

**2.** То же деяние, совершенное в отношении двух или более лиц либо в отношении заведомо несовершеннолетнего, —

наказывается штрафом в размере от пятисот до семисот мини­мальных размеров оплаты трудаили в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от пяти до семи месяцев либо лишением свободы на срок до двух лет.

Виновный в заражении любой венерической болезнью при­влекается к уголовной ответственности только в том случае, ес­ли он знал о наличии у него этой болезни. Не имеет значения, каким путем произошло заражение: половым или неполовым, при несоблюдении необходимых мер личной гигиены (при так называемом бытовом заражении).

Если же больной лечился по поводу венерического заболева­ния и у него были основания считать, что он вылечился, или было ошибочное медицинское заключение об излечении, а на самом деле излечения не было и вследствие этого произошло заражение, то ответственность по ст. 121 УК РФ исключается.

Прежде всего уточним, какие болезни считаются венерическими, поскольку в медицинской литературе встречается рас­ширительное толкование понятия «венерическая болезнь».

Венерическими болезнями являются: сифилис, гонорея, мяг­кий шанкр, паховый лимфогранулематоз. О заражении только этими инфекционными половыми заболеваниями может идти речь при привлечении к ответственности по ст. 121 УК РФ.

Это необходимо подчеркнуть, потому что некоторые меди­цинские специалисты включают в венерические болезни и дру­гие инфекционные заболевания, передающиеся половым путем (например, трихомонадные заболевания, неспецифические вос­паления мочеиспускательного канала негонорейного происхож­дения). Последние передаются также половым путем. Заражение ими может происходить при половом сношении и развратных действиях с несовершеннолетними. Однако об этих заболевани­ях и о возможности заражении ими половым путем известно лишь ограниченному кругу специалистов, но не широкой массе населения, как это имеет место в отношении четырех перечис­ленных выше заболеваний.

Заявление о заражении венерической болезнью может посту­пить от больного, из венерологического диспансера или другого лечебного учреждения, куда заболевший обратился по поводу ле­чения. У больного венерической болезнью выясняется источник заражения. Субъект, от которого возможно произошло заражение, также подвергается обследованию для выявления у него венериче­ского заболевания. В медицинские документы вносятся сведения об обоих больных, симптомы заболевания каждого и диагноз.

Поэтому при назначении экспертизы по поводу установле­ния заражения венерической болезнью необходимо получить через следователя все медицинские документы изо всех лечеб­ных учреждений, где могли обследоваться и лечиться оба забо­левших. При наличии нескольких заболевших, указывающих один источник заражения, медицинские документы должны быть получены на всех. При этом необходимо требовать подлинные документы, а не выписки из них. Углубленное изучение документов позволяет составить представление о начале, после­довательности и развитии заболевания у каждого больного.

После изучения документов и составления «обстоятельств дела» переходят к осмотру каждого из заболевших. Осмотр про­водится в обычном порядке. Повторно собираются анамнести­ческие данные, жалобы и проводится объективное исследова­ние. Весь ход обследования подробно описывается. Полученные медицинские документы сопоставляются с данными объектив­ного исследования и на основании анализа всего материала со­ставляется заключение о последовательности заболеваний каж­дого субъекта и о том, кто из обследуемых мог явиться источни­ком заражения одного или нескольких человек.

Примерный план проведения экспертизы следующий.

1. Ознакомление с постановлением о назначении экспертизы, с материалами дела и поставленными перед экспертами вопросами.

2. Изучение медицинских документов на подозреваемого (подозреваемых) и потерпевшего (потерпевших).

3. Затребование недостающих медицинских документов и других необходимых сведений.

4. Получение анамнестических данных и осмотр каждого из подозреваемых и потерпевших.

5. Проведение бактериологических, бактериоскопических и серологических исследований.

6. Стационарное обследование в необходимых случаях.

7. Обсуждение всех полученных материалов и составление заключения.

Что касается организации экспертизы, то целесообразно предварительно выяснить, какие врачи должны быть включены в состав экспертной комиссии. В нее входят: венеролог, иногда дерматолог, уролог, гинеколог в зависимости от характера забо­левания, особенностей дела и поставленных следователем во­просов. Все врачи, привлекаемые к экспертизе, определяются постановлением органа, назначившего экспертизу.

**Заражение ВИЧ-инфекцией**

Статья 122 впервые введена в новый УК РФ. Она рассматри­вает заражение ВИЧ-инфекцией как преступление против здо­ровья человека.

**Статья 122 УК РФ. Заражение ВИЧ-инфекцией**

**1.** Заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией —

наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо арестом на срок от трех до шести месяцев, либо лишением свобо­ды на срок до одного года.

**2.** Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о на­личии у него этой болезни, —

наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.

**3.** Деяние, предусмотренное частью второй настоящей статьи, со­вершенное в отношении двух или более лиц либо в отношении за­ведомо несовершеннолетнего, —

наказывается лишением свободы на срок до восьми лет.

**4.** Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежа­щего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей —

наказывается лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься опреде­ленной деятельностью на срок до трех лет.

Виновный в заражении ВИЧ-инфекцией привлекается к уго­ловной ответственности только в том случае, если он знал о на­личии у него этого заболевания. Не имеет значения, каким пу­тем произошло заражение: половым (чаще при гомосексуальных контактах) или неполовым (чаще инъекционным через кровь у наркоманов, при несоблюдении гигиенических норм и правил).

Вирус ВИЧ-инфекции содержится в крови, слюне и семен­ной жидкости больного или носителя инфекции. Изъятие, упа­ковка и пересылка материала, подлежащего исследованию на ВИЧ-инфекцию, производится в соответствии со специальной инструкцией Министерства здравоохранения РФ.

План проведения экспертизы при заражении ВИЧ-инфекцией соответствует вышеприведенному при заражении венерическим заболеванием. Для работы в комиссии должны привлекаться врач-инфекционист, эпидемиолог и бактериолог.

**Литература**

1. Glakon.ru/textparts.php?tid=412 < приказ МЗХ РФ № 194 от 24 апреля 2008г.
2. medliter.ru/sudmed.htm : Судебная медицина – учебное пособие для ВУЗов. В. Н. Волков, А. В. Датий. 2000г.

В67 Судебная медицина: Учеб. пособие для вузов / Под ред. проф. А.Ф. Волынского. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, Закон и право, 2000. — 639 с.

ISBN 5-238-00142-8.

1. Bestmedbook.com/sudmed.htm : Судебно-медицинская экспертиза, Термины и понятия, Словарь для юристов и судебно-медицинских экспертов, Буромский И. В., Клевно В. А., Пашинян Г. А. Издательство НОРМА, Москва, 2006
2. Bestmedbook.com/sudmed.htm : Самищенко С.С. Судебная медицина: Учебник для юридических вузов. OCR Палек, 1998 г.
3. Bestmedbook.com/sudmed.htm : Судебная медицина, Пашиняна Г. А., Харина Г. М. учебник для ВУЗов, Москва 2001г.