

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Государственное бюджетное образовательное учреждение Высшего  
профессионального образования «ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава  
России»**

---

**КАФЕДРА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ С СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНОЙ**

***Н.Г. ОЛЕЙНИК, ТЕТЦОЕВА Л.В.***

## **МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА И  
ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО РАЗДЕЛУ  
«СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОТЕРПЕВШИХ,  
ПОДОЗРЕВАЕМЫХ, ОБВИНЯЕМЫХ И ДРУГИХ ЛИЦ, УСТАНОВЛЕНИЕ  
ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА. ЭКСПЕРТИЗА  
ВОЗРАСТА»**

***ВЛАДИКАВКАЗ, 2014 ГОД***

Методическое пособие к разделу «Судебно-медицинская экспертиза потерпевших, подозреваемых, обвиняемых и других лиц, установление тяжести вреда, причиненного здоровью человека» составлено доцентом Олейник Н.Г с учетом действующего уголовно-процессуального и уголовного законодательства РФ.

Целью составления пособия, в котором отражен опыт преподавания курса судебной медицины, является оптимизация учебного процесса, предоставление возможности студентам закрепить знания, полученные при изучении учебника, в лекционном курсе и на практических занятиях. В нем изложен минимальный объем основных понятий и сведений, касающихся экспертизы живых лиц.

Содержащиеся в пособии материалы могут быть использованы преподавателями при проведении практических занятий со студентами и судебно-медицинскими экспертами в их практической работе.

Рецензенты:

Доцент кафедры « Стоматология №3» к.м.н. Д.В.Кабалоева

Зав. кафедрой анатомии человека с топографической анатомией и оперативной хирургией, доцент О.Н.Тотоева

**ТЕМА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ: «СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОТЕРПЕВШИХ, ПОДОЗРЕВАЕМЫХ, ОБВИНЯЕМЫХ И ДРУГИХ ЛИЦ, УСТАНОВЛЕНИЕ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА. ЭКСПЕРТИЗА ВОЗРАСТА»**

**Актуальность темы и мотивационная характеристика занятия**

В судебно-медицинской практике экспертиза живых лиц по частоте занимает первое место и производится по весьма разнообразным поводам, возникающим в уголовных и гражданских делах. Поскольку врач любой специальности, в том числе и стоматолог, может быть привлечен к участию в первоначальных следственных действиях, в частности, при проведении освидетельствования живого лица, он должен иметь знания, умения и практические навыки, для выполнения функции специалиста в области судебной медицины.

**Цель занятия:** Ознакомиться с практикой судебно-медицинского освидетельствования потерпевшего, обвиняемого, подозреваемого и иных лиц, для определения степени тяжести вреда здоровью в соответствии с требованиями УК и УПК РФ и правилами судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью. На основе знаний процессуальных положений, правил методики освидетельствования научиться определять степень тяжести телесных повреждений и составлять экспертные выводы по материалам «Заключений эксперта», вести амбулаторный приём живых лиц на базе амбулатории бюро СМЭ. Используя знания о видах трудоспособности, о методах оценки ее утраты, зная процессуальные и медицинские аспекты ее определения уметь определять процент стойкой утраты общей и профессиональной трудоспособности и составлять экспертные выводы по актам. Научиться дифференцировать притворные (симуляция) и искусственные болезни.

**Целевые задачи:** 1. В результате проведения занятия студент должен усвоить процессуальные положения, организацию и методику проведения судебно-медицинской экспертизы определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

2. Уметь анализировать и оценивать сведения о телесных повреждениях, квалифицировать их в соответствии со статьями УК РФ.

3. Овладеть методикой осмотра, опроса свидетельствуемого и описания повреждений. Уметь оформлять судебно-медицинскую документацию по результатам освидетельствования.

4. Уметь письменно оформлять экспертные выводы по объективным данным, полученным во время приема пострадавших в амбулатории бюро СМЭ и по материалам протокольных частей «Заключения эксперта».

**Студент должен знать:**

1. порядок и последовательность действий при производстве судебно-медицинской экспертизы пострадавших, обвиняемых, подозреваемых и других лиц.
2. поводы и порядок проведения экспертизы с целью установления степени тяжести вреда здоровью.
3. методику описания морфологических признаков повреждений, возникающих от действия механических, физических, химических и иных факторов.
4. трактовку результатов лабораторных и дополнительных методов исследования.

**Студент должен уметь**

- проводить экспертный анализ обстоятельств происшествия по материалам дела и медицинским документам

- определять степень тяжести вреда здоровью, руководствуясь правилами судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью.
- формулировать и составлять экспертные выводы (заключения) в случаях экспертизы тяжести вреда здоровью

### **Вопросы для самоподготовки к занятию**

1. Поводы и порядок проведения экспертизы живых лиц
2. Понятия «освидетельствование», «экспертиза» в соответствии с УПК РФ
3. Процессуальные положения и организация проведения судебно-медицинской экспертизы оценки степени тяжести вреда здоровью
4. Цель экспертизы при наличии телесных повреждений
5. Методика освидетельствования потерпевшего.
6. Классификация степени тяжести вреда здоровью. Статьи УК РФ, в которых предусмотрена квалификация вреда здоровью.
7. Определение понятия «тяжкий вред здоровью», квалифицирующие признаки.
8. Вред здоровью средней тяжести, квалифицирующие признаки.
9. Легкий вред здоровью, квалифицирующие признаки.
10. Особые способы причинения повреждений.
11. Пределы компетенции судебно-медицинского эксперта при оценке степени тяжести вреда здоровью
12. Виды трудоспособности.
13. Установление процента утраты трудоспособности в связи с травмой.
14. Судебно-медицинская документация в случаях освидетельствования и экспертизы живых лиц. Содержание и особенности построения экспертных выводов. Основные вопросы, на которые отвечает эксперт в выводах.
15. Симуляция, диссимуляция, аггравация, дезаггравация.
16. Притворные и искусственные болезни, самоповреждения (членовредительство).

### ***Основная литература***

1. Судебная медицина: Учебник для студентов стоматологических факультетов медицинских вузов / Под ред. проф. Г.А. Пашиняна, проф. Г.М. Харина. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. - 320 с.: ил. - (XXI век).

2. Судебная медицина: учебник / Ю.И. Пиголкин, П.О. Ромодановский, Е.М. Кильдюшов И.А. Дубровин, Д.В. Сундуков. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2012, - 496 с

### ***Дополнительная литература***

1. Уголовный и уголовно-процессуальный кодекс РФ, комментарии к ним.
1. Судебная медицина: учебник / Под ред. В.Н. Крюкова, - М.: Медицина, 1998. - 464 с.

## **ПЛАН ЗАНЯТИЯ**

<b>Общий хронометраж занятия</b>	<b>180 мин (4 часа)</b>
<b>Определение тяжести вреда здоровью человека</b>	<b>135 мин (3 часа)</b>
<b>Определение возраста</b>	<b>45 мин (1 час)</b>

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Вступительное слово преподавателя   | 5 мин.  |
| 2. Контроль исходного уровня подготовки студентов к занятию по тестовым пунктам и задачам  | 15 мин. |
| 3. Закрепление знаний процессуальных основ и организации проведения экспертизы и признаков степени тяжести вреда здоровью при наличии телесных повреждений, определение % утраты трудоспособности, состояния здоровья человека путем устного разбора вопросов темы | 25 мин. |
| 4. Освоение методики составления экспертных выводов по оценке степени тяжести телесных повреждений. При наличии посетителей в амбулатории БСМЭ – участие в проведении освидетельствования живых лиц  | 60 мин. |
| 5. Освоение методики составления экспертных выводов по актам по определению процента утраты общей и профессиональной трудоспособности  | 20 мин. |
| 6. Обсуждение экспертных выводов   | 10 мин. |

### *Оснащение занятия*

1. Набор учебных материалов для студентов – тестовые пункты и задачи для контроля исходного уровня знаний
2. Карты-задания (протокольные части актов)
3. Таблицы
4. Методические указания
5. По-возможности, пострадавшие или иные живые лица

**Место проведения занятия :** учебная комната, амбулаторный отдел БСМЭ МЗ РСО-Алания

### **Ориентировочная основа действий при проведении экспертизы степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека**

1. Ознакомиться с документом, удостоверяющим личность свидетельствуемого.
2. Ознакомиться с имеющимися документами (постановлением о назначении экспертизы, выписками, копией или подлинниками медицинских документов и др.).
3. Опросить потерпевшего, выяснить, когда и чем было причинено повреждение, состояние после получения повреждения, обращение за медицинской помощью, т.е. собрать **анамнез**.
4. Выяснить – имеются ли в настоящее время **жалобы**, и какие именно?
5. **Объективные данные:**
  - 5.1. Осмотреть потерпевшего, отметить его общее состояние, состояние различных органов и систем.

5.2. Подробно описать имеющиеся повреждения, применяя методику описания повреждений, изложенных в разделе «Порядок исследования повреждений, причиненных воздействием механических факторов».

6. При необходимости направить потерпевшего на консультацию к специалистам с последующим внесением их заключения в протокольную часть «Заключения эксперта».

7. Определить степень тяжести телесных повреждений, пользуясь следующей схемой:

- Установить наличие самого повреждения, его первичных клинических проявлений, ранних и поздних осложнений;
- Руководствуясь «Правилами» исключить опасность для жизни выявленного повреждения или его осложнений; при положительном решении данного вопроса повреждение следует квалифицировать как **тяжкий вред здоровью** по признаку опасности для жизни, при отрицательном решении вопроса, перейти к следующему пункту;
- Определить, имеются ли какие-либо другие признаки причинения тяжкого вреда здоровью по исходам и последствиям:
  - утрата органа зрения, слуха, речи, другого какого-либо органа, либо утрата органом его функции;
  - стойкая утрата трудоспособности более, чем на 1/3 (если имеется стойкая утрата трудоспособности, необходимо определить ее степень в процентах, направив свидетелюемого на комиссию по установлению утраты трудоспособности, и, используя **Таблицы процента утраты трудоспособности**, по исходу травмы, установить степень причиненного вреда здоровью вследствие наличия повреждений;
  - прерывание беременности;
  - неизгладимое обезображение лица;
  - психическое расстройство, заболевание наркоманией или токсикоманией.При положительном решении хотя бы по одному пункту, повреждение следует квалифицировать как **тяжкий вред здоровью** по соответствующему признаку, при отрицательном решении данного вопроса перейти к следующему пункту;
- Исключить исходы и последствия, предусмотренные для **вреда здоровью средней тяжести** по признакам:
  - стойкая утрата общей трудоспособности менее, чем на 1/3 (от 10 до 33%,
  - длительность расстройства здоровья более 21 дня.При положительном решении хотя бы по одному пункту, повреждение следует квалифицировать как **вред здоровью средней тяжести**, по соответствующему признаку. При отрицательном решении данного вопроса перейти к следующему пункту.
- Исключить исходы и последствия, предусмотренные для **легкого вреда здоровью** по признакам:
  - незначительная стойкая утрата трудоспособности ( до 10%)
  - кратковременное расстройство здоровья от 7 до 21 дня.При положительном решении хотя бы по одному пункту, повреждение следует квалифицировать как **легкий вред здоровью** по соответствующему признаку. При отрицательном решении данного вопроса перейти к следующему пункту.
- Если исход или последствие выявленного у свидетелюемого повреждения не совпадают ни с одним из вышеперечисленных исходов и последствий, такое повреждение не квалифицируют как вред здоровью.

Если при проведении экспертизы устанавливается, что имеется несколько квалифицирующих признаков, то во внимание принимается признак, которому соответствует большая степень вреда здоровью.

8. После проведения всех необходимых мероприятий сформулировать **выводы**.

В выводах эксперт должен указать:

- Характер и локализацию повреждения (кровоподтек, ссадина, рана, перелом и т.д.);
- Механизм образования повреждения;
- Свойства предмета или орудия, причинившего повреждение;
- Давность причинения повреждения;
- Степень тяжести вреда здоровью с указанием квалифицирующего признака.

### ***Пример написания выводов***

На основании данных судебно-медицинской экспертизы гр.А., 20 лет, данных медицинской документации на его имя и в соответствии с вопросами следствия, прихожу к выводам, что повреждения в виде закрытого перелома обеих костей правого предплечья в средней трети с кровоподтеком в проекции перелома, возникли от прямого ударного воздействия тупого твердого предмета с преобладающей поверхностью, возможно 11 февраля 200\_\_ года, о чем свидетельствуют характер и наличие признаков заживления повреждений, и квалифицируются как причинившие вред здоровью средней тяжести, поскольку повлекли за собой длительное расстройство здоровья более 21 дня.

## **БЛОК ИНФОРМАЦИИ**

Судебно-медицинская экспертиза живых лиц производится по постановлению органов следствия или по определению суда. По делам частного обвинения исследование может проводиться по направлению (отношению) правоохранительных органов или в порядке личной инициативы граждан на платной основе. В литературе по судебной медицине и в некоторых подзаконных актах встречаются два термина: «освидетельствование живых лиц» и «экспертиза живых лиц».

Согласно Уголовно-процессуальному кодексу РФ –

- **Освидетельствование** – вид следственного действия. Следователь вправе произвести освидетельствование обвиняемого, подозреваемого, свидетеля или потерпевшего для установления на их теле следов преступления или наличия особых примет, если при этом не требуется судебно-медицинской экспертизы. Освидетельствование производится в присутствии понятых, а в необходимых случаях с участием врача.
- **Экспертиза** – назначается в случаях, когда при производстве дознания, предварительного следствия и при судебном разбирательстве необходимы специальные познания в науке, технике, искусстве или ремесле. В качестве эксперта может быть вызвано любое лицо, обладающее необходимыми познаниями для дачи заключения.

После освидетельствования следователь оформляет «Протокол освидетельствования». Результатом экспертизы является документ, именуемый «Заключение эксперта».

Основными видами экспертизы живых лиц являются следующие.

*I. Экспертиза телесных повреждений* в целях :1) установления наличия, характера и степени тяжести вреда здоровью; 2) определения степени утраты общей и профессиональной трудоспособности.

*II. Экспертиза по определению состояния здоровья*, симуляции, диссимуляции, аггравации, искусственных болезней и самоповреждений.

*III. Экспертиза при спорных половых состояниях:* 1) установление пола; 2) установление девственности; 3) определение производительной способности; 4) установление беременности, бывших родов и аборт; 5) установление заражения болезнью, передающейся половым путем.

*IV. Экспертиза при половых преступлениях:* 1) определение имевшего место полового сношения и связанных с ним повреждений (при изнасиловании); 2) установление развратных действий; 3) установление насильственных действий сексуального характера.

*V. Другие виды экспертизы:* 1) установление возраста; 2) исключение или установление отцовства и материнства (при спорном отцовстве, материнстве и в делах о подмене детей); 3) определение алкогольного опьянения; 4) установление тождества личности

Самым частым видом экспертизы живых лиц является установление наличия и степени тяжести телесных повреждений (вреда здоровью) применительно к статьям 111-118 УК. В соответствии с этими статьями вред здоровью по степени его тяжести подразделяется на три категории: тяжкий, средней тяжести и легкий

При установлении тяжести вреда здоровью эксперт должен руководствоваться медицинскими критериями признаков вреда здоровью различной тяжести, предусмотренных уголовным законодательством. Эти критерии изложены в «Правилах судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью».

### **ПРАВИЛА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА**

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

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

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

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

а) в отношении тяжкого вреда:

вред, опасный для жизни человека;

потеря зрения, речи, слуха либо какого-либо органа или утрата органом его функций;

прерывание беременности;

психическое расстройство;

заболевание наркоманией либо токсикоманией;

неизгладимое обезображивание лица;

значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть;

полная утрата профессиональной трудоспособности;

б) в отношении средней тяжести вреда:

длительное расстройство здоровья;

значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть;



в) в отношении легкого вреда:  
кратковременное расстройство здоровья;  
незначительная стойкая утрата общей трудоспособности.

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

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

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

Медицинские документы должны быть подлинными и содержать исчерпывающие данные о характере повреждений и их клиническом течении, а также иные сведения, необходимые для проведения судебно-медицинской экспертизы.

При необходимости эксперт составляет ходатайство о предоставлении ему дополнительных материалов, по получении которых проведение судебно-медицинской экспертизы возобновляется.

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

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

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

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

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

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

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

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

## ***СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ТРУДОСПОСОБНОСТИ***

***Трудоспособность*** называется совокупность врожденных и приобретенных способностей человека к действию, направленному на получение социально-значимого результата в виде определенного продукта, изделия или услуги. Другими словами,

трудоспособность это совокупность психических и физических свойств человека, позволяющих ему осуществлять общественно-полезный труд.

*Общая трудоспособность* – это способность человека к самообслуживанию и неквалифицированному труду, т.е. к выполнению простейших трудовых процессов.

*Профессиональная трудоспособность* – способность человека к работе в определенной профессии (юрист, музыкант, врач). *Специальная трудоспособность* – это способность человека к профессиональной деятельности по определенной специальности (юрист – следователь, юрист-адвокат, музыкант-скрипач, музыкант-пианист, врач – рентгенолог, врач-хирург, врач-офтальмолог и т.д.).

При утрате трудоспособности возникает нетрудоспособность, которая может быть постоянной (стойкой) или временной, частичной или полной. Временную нетрудоспособность устанавливают лечащие врачи и врачебно-консультационные комиссии (ВКК). Постоянная (стойкая) утрата трудоспособности устанавливается медико-социальными экспертными комиссиями (МСЭК), врачебно-страховыми экспертными комиссиями (ВСЭК) и судебно-медицинской экспертизой.

Судебно-медицинская экспертиза утраты трудоспособности производится в уголовных и гражданских делах, только комиссионно и только в областных, краевых, республиканских и городских (Москва, Санкт-Петербург) бюро экспертизы. Освидетельствование потерпевших производится после окончания всех видов лечения, когда становится известным исход травмы или заболевания. Судебно-медицинское освидетельствование потерпевшего производится по общим правилам, принятым при экспертизе живых лиц. При проведении судебно-медицинской экспертизы стойкой утраты трудоспособности члены комиссии должны иметь в виду возможность предоставления я подложных документов о травме, лечении, а также установочного, тенденциозного изложения обстоятельств, при которых были получены повреждения, в связи с чем, экспертной комиссии должны предоставляться в подлинниках медицинские документы, отражающие все этапы лечения – стационарного, амбулаторного, санаторно-курортного, а также иные документы, имеющие значение для производства экспертизы (протокол осмотра места происшествия, акт о несчастном случае на производстве и т.д.).

## **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ**

Определение состояния здоровья производится при подозрении на обман в отношении состояния здоровья или происхождении болезни: симуляцию, диссимуляцию, аггравацию болезни, искусственную болезнь и членовредительство, например, при уклонении от призыва на военную службу, при неявке лица по вызову следователя или суда, при отказе давать показания из-за болезни или при предъявлении медицинских документов о заболевании, вызывающих сомнение в достоверности и пр. Определение состояния здоровья производится комиссионно, нередко с участием врачей нескольких специальностей. При необходимости клинического обследования освидетельствуемого помещают в стационарное лечебное учреждение.

*Симуляция* (притворство) – воспроизведение, ложное изображение признаков (симптомов) несуществующей болезни.

*Диссимуляция* – сокрытие имеющейся болезни.

*Аггравация* – преувеличение, утяжеление проявлений имеющейся болезни или травмы.

*Искусственные болезни* – умышленное причинение вреда здоровью, искусственно вызванное действием на организм различных повреждающих факторов внешней среды (чаще химических, биологических, термических, реже механических), что имеет целью воспроизвести не отдельный вид повреждения, а проявления нозологической формы болезни.

*Членовредительство* – причинение вреда здоровью самому себе или одним человеком другому по предварительной договоренности причиняется по различным мотивам

(вымогательство, шантаж, месть, инсценировка нападения, уклонение от исполнения служебных обязанностей и пр.); осуществляется путем воздействия различных факторов внешней среды: механических( огнестрельное оружие, тупые и острые предметы, транспортные средства), физических, химических, сочетанием указанных факторов. Членовредительство может осуществляться путем проглатывания инородных тел, отморожения, охлаждения тела.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

*Приложение к приказу  
Министерства здравоохранения  
и социального развития  
Российской Федерации  
от 24 апреля 2008 г. № 194н*

### **Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека**

#### **I. Общие положения**

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

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 целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психогенных факторов внешней среды<sup>1</sup>.

#### **II. Медицинские критерии квалифицирующих признаков тяжести вреда здоровью**

---

<sup>1</sup> Пункт 2 Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденных постановлением Правительства РФ от 17.08.2007 № 522.

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

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 Мальгенья); 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 тромбоемболии) 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. Незгладимое 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. № 789 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 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 комиссия 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.

*Приложение  
к Медицинским критериям  
определения степени тяжести вреда,  
причиненного здоровью человека,  
утвержденным приказом  
Министерства здравоохранения  
и социального развития  
Российской Федерации  
от 24 апреля 2008 г. № 194н*

**Таблица**  
**процентов стойкой утраты общей трудоспособности**  
**в результате различных травм, отравлений и других последствий воздействия**  
**внешних причин<sup>2</sup>**

№ п/п	Вред, причиненный здоровью человека в результате различных травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин	Процент стойкой утраты общей трудоспо- собности
1	2	3
<b>ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМЫ</b>		
1	<p>Остаточные явления тяжелой черепно-мозговой травмы:</p> <p>а) значительное снижение интеллекта, значительное уменьшение объема движений и силы в конечностях, резкое или значительное нарушение координации, эпилептические припадки (не реже одного раза в месяц);</p> <p>б) выраженное слабоумие, параличи, частые 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.</p> <p><u>Примечание.</u></p> <p>Для установления процента стойкой утраты общей трудоспособности достаточно наличия одного остаточного явления тяжелой черепно-мозговой травмы, предусмотренного настоящим пунктом.</p>	<p>75</p> <p>100</p>
2	<p>Тяжелая черепно-мозговая травма, повлекшая:</p> <p>а) легкие нарушения координации, легкое повышение тонуса мышц и снижение силы в конечностях, умеренные двигательные расстройства, нарушения чувствительности, единичные эпилептические припадки;</p> <p>б) умеренные нарушения координации, умеренное повышение тонуса мышц и снижение силы в конечностях, нерезко выраженные двигательные расстройства, редкие эпилептические припадки (2 - 3 раза в год);</p> <p>в) значительные нарушения координации, выраженное повышение тонуса мышц и снижение силы в конечностях, снижение интеллекта,</p>	<p>30</p> <p>45</p> <p>60</p>

<sup>2</sup> Используется при судебно-медицинском определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, по квалифицирующему признаку и медицинскому критерию стойкой утраты общей трудоспособности.

1	2	3
	<p>ослабление памяти, эпилептические припадки (4 - 10 раз в год).</p> <p><u>Примечание.</u></p> <p>Для установления процента постоянной утраты общей трудоспособности необходимо наличие не менее двух последствий тяжелой черепно-мозговой травмы, предусмотренных настоящим пунктом, или эпилептических припадков.</p>	
3	<p>Черепно-мозговая травма:</p> <p>а) не повлекшая за собой возникновения патологических изменений со стороны центральной нервной системы;</p> <p>б) повлекшая за собой значительно выраженные вегетативные симптомы (тремор век и пальцев рук, высокие сухожильные рефлексy, вазомоторные нарушения и др.);</p> <p>в) повлекшая за собой отдельные очаговые симптомы (анизокория, неравенство глазных щелей, отклонение (девиация) языка в сторону, нистагм, сглаженность носогубной складки и др.).</p>	<p>-</p> <p>10</p> <p>15</p>
4	<p>Сотрясение головного мозга, повлекшее за собой 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 рефлексy, гипергидроз, неустойчивость в позе Ромберга и др.).</p>	5
5	<p>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.</p> <p><u>Примечания:</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	-
6	<p>Повреждение спинного мозга на уровне шейного, грудного или поясничного отделов позвоночника, повлекшее за собой:</p> <p>а) легкие расстройства чувствительности, сухожильных рефлексy, без нарушения движений в конечностях и функции тазовых органов;</p> <p>б) умеренные нарушения чувствительности, сухожильных</p>	15

1	2	3
	<p>рефлексов, легкие монопарезы, нерезко выраженные атрофия мышц и нарушение движений, умеренные нарушения трофики и функции тазовых органов;</p> <p>в) значительные расстройства чувствительности; движений в конечностях, выраженные монопарезы или умеренно выраженные парапарезы, нерезко выраженная спастичность, нарушения трофики и функции тазовых органов;</p> <p>г) грубые расстройства чувствительности, движений в конечностях (пара - и тетраплегии), резкие нарушения функции тазовых органов, грубые нарушения трофики, нарушения сердечно-сосудистой деятельности и дыхания, резко выраженная спастичность.</p>	<p>40</p> <p>60</p> <p>100</p>
7	<p>Повреждение «конского хвоста», повлекшее за собой:</p> <p>а) легкие расстройства чувствительности без нарушения рефлексов и движений в нижних конечностях, без нарушения трофики и функции тазовых органов (болевого синдром);</p> <p>б) легкие расстройства чувствительности, сухожильных рефлексов, незначительная гипотрофия мышц без нарушения движений в конечностях, а также функции тазовых органов;</p> <p>в) значительные расстройства чувствительности, гипералгезия, нарушение рефлекторной дуги (снижение или выпадение рефлексов), грубая атрофия мышц соответственно области иннервации, умеренные вегетативные расстройства (похолодание нижних конечностей), нарушение функции тазовых органов;</p> <p>г) резкие нарушения чувствительности в зоне иннервации соответствующего корешка или группы корешков, выпадение движений (выраженный парез одной или обеих нижних конечностей), значительное нарушение функции тазовых органов, трофические расстройства (язвы, цианоз, отеки)</p> <p>д) грубые расстройства чувствительности и движений в обеих нижних конечностях (полный паралич дистальных отделов и глубокий паралич проксимальных), резкое нарушение функции тазовых органов, грубые нарушения трофики (пролежни, трофические язвы).</p>	<p>5</p> <p>15</p> <p>40</p> <p>60</p> <p>100</p>
8	Травматическая радикулопатия различной локализации (в результате прямой травмы позвоночника)	5
9	<p>Периферическое повреждение тройничного, лицевого, подъязычного нервов, повлекшее за собой нарушение их функции:</p> <p>а) умеренное;</p> <p>б) значительное;</p> <p>в) резкое.</p>	<p>5</p> <p>15</p> <p>25</p>

1	2	3
10	Повреждение шейного, плечевого сплетений и их нервов, повлекшее за собой нарушение их функции: а) нарушения чувствительности, рефлексов без двигательных расстройств, атрофий, парезов, контрактур; б) нарушения чувствительности и (или) рефлексов с гипотрофией мышц, легкими двигательными расстройствами; в) значительное ограничение движений в суставах верхней конечности, значительные: атрофия мышц, снижение силы, чувствительности; г) резкое ограничение движений в суставах верхней конечности, атрофия мышц, снижение силы, резкие расстройства чувствительности; д) отсутствие движений в суставах верхней конечности, отсутствие чувствительности, резкие нарушения трофики (трофические язвы).	5 15 25 40 70
11	Повреждение поясничного, крестцового сплетений и их нервов, повлекшее за собой нарушение их функции: а) нарушения чувствительности и/или рефлексов без двигательных расстройств, атрофий, парезов, контрактур; б) нарушения чувствительности и/или рефлексов, с гипотрофией мышц, легкими двигательными расстройствами; в) значительное ограничение движений в суставах нижней конечности, значительные: атрофия мышц, снижение силы, чувствительности; г) резкое ограничение движений в суставах нижней конечности, атрофия мышц, снижение силы, резкие расстройства чувствительности; д) отсутствие движений в суставах нижней конечности, отсутствие чувствительности, резкие нарушения трофики (трофические язвы).	5 15 25 40 70
<b>ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ</b>		
12	Паралич аккомодации: а) одного глаза; б) обоих глаз.	15 30
13	Гемианопсия (выпадение половины поля зрения).	30
14	Сужение поля зрения: а) концентрическое: в одном глазу до 60°, в одном глазу до 30° в одном глазу до 5°, в двух глазах до 60°, в двух глазах до 30°, в двух глазах до 5°, б) неконцентрическое: в одном глазу до 50°, в одном глазу до 25°, в одном глазу до 5°, в двух глазах до 50°, в двух глазах до 25°, в двух глазах до 5°.	10 20 30 20 40 60 5 10 15 10 20 30
<u>Примечание.</u> 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.		

1	2	3
15	<p>Опущение века (птоз) и параличи глазных мышц, дефект век, мешающий закрытию глазной щели, а также сращение век:</p> <p>а) одного глаза:            веко закрывает (не закрывает) зрачок до половины,            веко закрывает (не закрывает) зрачок полностью;</p> <p>б) обоих глаз:            веки закрывают (не закрывают) зрачки до половины,            веки закрывают (не закрывают) зрачки полностью.</p>	   10 20  25 50
16	<p>Пульсирующий экзофтальм:</p> <p>а) одного глаза:            легкая степень – умеренно выраженный,            средняя степень – значительно выраженный,            сильная степень – резко выраженный;</p> <p>б) обоих глаз:            легкая степень – умеренно выраженный,            средняя степень – значительно выраженный,            сильная степень – резко выраженный.</p>	   20 30 40  35 60 85
17	<p>Конъюнктивит, кератит, рубцовый трихиаз, заворот века одного глаза, установленные при освидетельствовании, без снижения остроты зрения:</p> <p>а) одного глаза;  б) обоих глаз.</p>	   5 10
18	<p>Иридоциклит или хориоретинит, установленные при судебно-медицинской экспертизе, без снижения остроты зрения:</p> <p>а) одного глаза;  б) обоих глаз.</p> <p><i>Примечание.</i>  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.</p>	   10 20
19	<p>Нарушение функции слезовыводящих путей:</p> <p>а) рубцовая непроходимость слезных каналов или слезно-носового канала;  б) травматический дакриоцистит.</p>	   10 20
20	<p>Рубцы оболочек глазного яблока, колобома (дефект радужной оболочки, изменение формы зрачка), гемофтальм, смещение хрусталика одного глаза, не вызвавшие снижения остроты зрения.</p>	   5
21	<p>Полная потеря зрения:</p> <p>а) единственного глаза, обладавшего зрением;  б) обоих глаз, обладавших зрением.</p>	   65 100
22	<p>Удаление в результате травмы глазного яблока, не обладавшего зрением</p>	5
23	<p>Последствия перелома орбиты, не проникающего в полость черепа:</p> <p>а) без повреждения мышц и смещения глазного яблока;  б) с повреждением глазных мышц и смещением глазного яблока.</p> <p><i>Примечание.</i>  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.</p>	   10 20

1	2		3
24	Снижение остроты зрения каждого глаза в результате прямой травмы:		
	Острота зрения до травмы	Острота зрения после травмы	
	1,0	0,9 0,8 0,7 0,6 0,5 0,4 0,3 0,2 0,1 0,09-0,05 0,04 и ниже	5 5 5 5 10 10 15 20 25 30 35
	0,9	0,8 0,7 0,6 0,5 0,4 0,3 0,2 0,1 0,09-0,05 0,04 и ниже	5 5 5 5 10 10 15 20 30 35
	0,8	0,7 0,6 0,5 0,4 0,3 0,2 0,1 0,09-0,05 0,04 и ниже	5 5 10 10 15 20 25 30 35
	0,7	0,6 0,5 0,4 0,3 0,2 0,1 0,09-0,05 0,04 и ниже	5 5 10 10 15 20 25 30
	0,6	0,5 0,4 0,3 0,2 0,1 0,09-0,05 0,04 и ниже	5 5 10 10 15 20 25
	0,5	0,4 0,3 0,2	5 5 10



1	2	3
	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; б) обоих ушей.	5 10
26	Посттравматический эптитимпанит (холестеатома, грануляции): а) одного уха; б) обоих ушей.	10 20
27	Нарушения вестибулярной функции в результате прямой травмы органа слуха, подтвержденные данными вестибулометрии <i>Примечание.</i> Вестибулярные нарушения, вызванные черепно-мозговой травмой, учитываются в соответствии с критериями стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренными пунктами 1 – 2 настоящего Перечня.	15
28	Отсутствие до 1/3 части ушной раковины, вызывающее ее деформацию.	5
29	Отсутствие одной ушной раковины или части ее (1/3 и более).	15
30	Отсутствие двух ушных раковин.	30
31	Понижение слуха одного уха: а) шепотная речь на расстоянии не более 1 м, 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, понижение слуха на 60 – 80 дБ на частотах 500, 1000, 2000, 4000 Гц; в) полная глухота – шепотная и разговорная речь – 0.	5 15 25
32	Посттравматический разрыв барабанной перепонки, не повлекший за собой снижения слуха.	5

1	2	3
	<p><i>Примечание.</i></p> <p>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.</p>	
<b>ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ</b>		
33	Отсутствие носа (костей, хряща и мягких тканей) и связанное с этим нарушение внешнего вида лица.	70
34	Отсутствие крыльев и кончика носа и связанное с этим нарушение внешнего вида лица.	40
35	Отсутствие кончика или крыла носа и связанное с этим нарушение внешнего вида лица.	10
36	Нарушение носового дыхания в результате травмы: а) одностороннее; б) двухстороннее; в) одностороннее отсутствие носового дыхания; г) двухстороннее отсутствие носового дыхания.	5 10 15 30
37	Нарушение функции гортани или трахеи в результате их повреждения: а) осиплость голоса при физической нагрузке; б) дисфония, нарушение дыхания (одышка) в покое; в) постоянное ношение трахеостомической трубки, афония (потеря голоса).	10 35 60
38	Уменьшение дыхательной поверхности легкого, ателектаз, нагноительные процессы с развитием легочной недостаточности: а) умеренно выраженной (одышка, акроцианоз при незначительной физической нагрузке, учащение пульса); б) значительно выраженной (одышка, синюшность лица при незначительной физической нагрузке, снижение артериального давления, увеличение печени, пульсация в эпигастральной области); в) резко выраженной (одышка в покое, резкая одышка при незначительной физической нагрузке, синюшность, застойные явления в легких - мраморность кожи, расширенная сеть венных сосудов).	15 30 60
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 дыхания, сопровождающимся умеренно выраженной легочной недостаточностью; б) со значительным ограничением подвижности при акте дыхания, сопровождающимся значительно выраженной легочной недостаточностью; в) с резким ограничением подвижности при акте дыхания, резко выраженной легочной недостаточностью, нарушением функции органов средостения.	20 35 65
<b>СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА</b>		
42	Сердечно-сосудистая недостаточность вследствие ранения сердца, его оболочек или крупных магистральных сосудов: а) I степень - учащение пульса, одышка, отеки после физической	30

1	2	3
	нагрузки, увеличение размеров сердца, отеки; б) II степень - значительная одышка, застойные явления в легких и печени, постоянные отеки, асцит, набухание вен шеи; в) III степень - нарушение ритма дыхания, застойные явления в легких, выпот в полости плевры, кровохарканье, выпот в сердечной сорочке, асцит, цирроз печени и др.	60 90
43	Нарушение кровообращения вследствие повреждения крупных периферических сосудов: а) умеренная отечность, снижение пульсации; б) значительная отечность, синюшность, резкое ослабление пульсации; в) резкая отечность, синюшность, лимфостаз, трофические нарушения (язвы).	10 20 30
<b>ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ</b>		
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; б) значительное нарушение прикуса и акта жевания; в) резкое нарушение прикуса и открывания рта, деформация челюсти.	10 15 20
45	Отсутствие части верхней или нижней челюсти. <i>Примечание.</i> 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.	40
46	Отсутствие челюсти. <i>Примечания:</i> 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.	80
47	Повреждения языка (ранение, ожог, отморожение), повлекшие за собой: а) наличие грубых рубцов, вызывающих затруднение при приеме пищи; б) отсутствие языка на уровне дистальной трети (кончика); в) отсутствие языка на уровне средней трети; г) отсутствие языка на уровне корня или полное отсутствие языка.	5 15 35 70
48	Потеря постоянных зубов: а) 1 зуба; б) 2-3 зубов; в) 4-6 зубов; г) 7-10 зубов; д) 11 и более зубов. <i>Примечания:</i> 1. Перелом зуба в результате травмы приравнивается к его потере. 2. При потере в результате травмы протезированных несъемными протезами зубов процент стойкой утраты общей трудоспособности	- 5 10 20 25

1	2	3
	<p>определяется с учетом потери только опорных зубов. При потере в результате травмы съемных протезов процент стойкой утраты общей трудоспособности не определяется.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>6. Перелом зуба (менее 1/4 коронки) в результате травмы приравнивается к его потере.</p>	
49	Сужение полости рта, образование слюнной фистулы.	20
50	<p>Сужение глотки или пищевода в результате ожога или ранения:</p> <p>а) затруднение при прохождении твердой пищи (диаметр просвета в области сужения 0,6 - 1,5 см);</p> <p>б) затруднение при прохождении мягкой пищи (диаметр просвета в области сужения 0,3 - 0,5 см);</p> <p>в) затруднение при прохождении жидкой пищи (диаметр просвета в области сужения 0,2 см и менее);</p> <p>г) непроходимость (при наличии гастростомы), состояние после пластики пищевода.</p>	<p>25</p> <p>40</p> <p>70</p> <p>90</p>
51	<p>Нарушение функции органов пищеварения в результате травмы, острого отравления:</p> <p>а) холецистит, дуоденит, гастрит, панкреатит, энтерит, колит, проктит, парапроктит;</p> <p>б) спаечная болезнь, спаечная непроходимость, состояние после операции по поводу спаечной непроходимости, рубцовое сужение прямой кишки и заднепроходного отверстия</p> <p>в) кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ;</p> <p>г) противоестественный задний проход (колостома).</p>	<p>15</p> <p>30</p> <p>50</p> <p>90</p>
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	<p>Удаление в результате травмы части (резекция):</p> <p>а) брыжейки;</p> <p>б) желудка, поджелудочной железы.</p> <p><i>Примечание.</i></p> <p>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.</p>	<p>15</p> <p>30</p>

1	2	3
<b>МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА</b>		
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, пиелостит, пиелонефрит, умеренное сужение мочеточника, мочеиспускательного канала; б) значительное сужение мочеточника, мочеиспускательного канала, уменьшение объема мочевого пузыря; в) мочеполовые свищи, непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала. <i>Примечание.</i> 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.	15 30 50
60	Последствия повреждений органов мочеполовой системы с учетом тяжести повреждения: а) легкая степень – умеренное сужение мочеиспускательного канала; б) средняя степень – значительное сужение мочеиспускательного канала; в) тяжелая степень – непроходимость уретры, ректо-вагинальные и (или) уретро-вагинальные свищи.	15 30 50
<b>МЯГКИЕ ТКАНИ</b>		
61	Рубцы в результате ожогов, отморожений или ран, расположенные на лице и (или) переднебоковой поверхности шеи: а) занимающие до 10% указанной поверхности; б) занимающие 10-20%; в) занимающие 20-30%; г) свыше 30% данной поверхности. <i>Примечания:</i> 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.	5 15 25 35
62	Наличие на туловище, конечностях (без нарушения функции суставов), волосистой части головы рубцов, образовавшихся в результате различных травм: а) площадью от 5 см <sup>2</sup> до 0,5% поверхности тела; б) площадью от 0,5 до 2% поверхности тела; в) площадью от 2 до 4% поверхности тела; г) площадью от 4 до 6% поверхности тела;	5 10 15 20 25

1	2	3	
	д) площадью от 6 до 8% поверхности тела; е) площадью от 8 до 10% поверхности тела; ж) площадью от 10% и более. <i>Примечания:</i> 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 ауто трансплантата для замещения дефекта пораженного участка кожи.	30	35
<b>ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ</b>			
<b>Позвоночник</b>			
63	Нарушение функции позвоночника в результате травмы любого его отдела, за исключением копчика: а) умеренное ограничение подвижности; б) значительное ограничение подвижности; в) резкое ограничение подвижности; г) полная неподвижность позвоночника (в том числе и одного из отделов), резкая его деформация. <i>Примечание.</i> 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.	30	40
		50	70
64	Удаление части копчика в результате травмы.	15	
65	Удаление копчика в результате травмы.	20	
Верхняя конечность		права	левая
Лопатка и ключица		я	
66	Нарушение функции плечевого пояса в результате перелома лопатки, ключицы, разрыва ключично-акромиального или грудино-ключичного сочленений: а) умеренная деформация, гипотрофия мышц, снижение силы конечности, умеренное ограничение движений в плечевом суставе; б) значительная деформация, выраженная атрофия мышц, гипотрофия, значительное ограничение движений в плечевом суставе; в) резкая деформация, резкая атрофия мышц плечевого пояса, резкое ограничение движений в плечевом суставе. <i>Примечания.</i> 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»).	15	10
		20	15
		30	25
Плечевой сустав			

1	2	3	
67	Костный анкилоз (неподвижность) плечевого сустава, подтвержденный рентгенологическими данными.	40	35
68	Болтающийся плечевой сустав в результате резекции головки плечевой кости или суставной поверхности лопатки в связи с травмой.	60	50
69	Ограничение движений (контрактура) в плечевом суставе: а) умеренно выраженное: сгибание (отведение плеча вперед) – 120-150°; разгибание (отведение назад) – 20-30°; отведение плеча в сторону – 120-150°; б) значительно выраженное: сгибание (отведение плеча вперед) – 75-115°; разгибание (отведение назад) – 5-15°; отведение плеча в сторону – 75-115°; в) резко выраженное: сгибание (отведение плеча вперед) – 5-70°; разгибание (отведение назад) – 0°; отведение плеча в сторону – 5-70°. <i>Примечание.</i> 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°.	15	10
		20	15
		30	25
70	Привычный вывих плеча. <i>Примечание.</i> 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.	20	15
Плечо			
71	Отсутствие верхней конечности и лопатки (или части ее).	80	75
72	Отсутствие верхней конечности после экзартикуляции в плечевом суставе или культя на уровне верхней трети плеча.	75	70
73	Культя плеча на уровне средней или нижней трети.	70	65
74	Ложный сустав или несросшийся перелом плечевой кости.	45	40
75	Нарушение функции плеча: а) умеренное ограничение движений в локтевом и плечевом суставах; б) умеренное ограничение движений в одном из суставов (локтевом или плечевом) и значительное ограничение движений в другом; в) значительное ограничение движений в локтевом и плечевом суставах или умеренное ограничение движений в одном из них и резкое ограничение в другом; г) значительное ограничение движений в одном из суставов (локтевом или плечевом) и резкое ограничение движений в другом; д) резкое ограничение движений в локтевом и плечевом суставах. <i>Примечания:</i> 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.	20	15
		25	20
		30	25
		35 40	30 35
Локтевой сустав			
76	Болтающийся локтевой сустав в результате резекции суставной		

1	2	3	
	поверхности плечевой и локтевой костей.	50	40
77	Костный анкилоз (неподвижность) локтевого сустава, подтвержденный рентгенологическими данными: а) в функционально выгодном положении (угол от 60 до 90°); б) в функционально невыгодном положении (угол меньше 60° или больше 90°).	35 40	30 35
78	Ограничение движений (контрактура) в локтевом суставе: а) умеренно выраженное: сгибание – 50-60°; разгибание – 170-160°; б) значительно выраженное: сгибание – 65-90°; разгибание – 155-140°; в) резко выраженное: от 95° до 135°. <i>Примечание.</i> Объем движений в локтевом суставе в норме: сгибание 30-45°; разгибание 175-180°.	10 20 30	10 15 25
Предплечье			
79	Отсутствие предплечья в результате экзартикуляции в локтевом суставе или культи на уровне верхней трети.	70	65
80	Культи предплечья на уровне средней или нижней трети	65	60
81	Ложный сустав, несросшийся перелом в области диафиза или метафиза (верхняя, средняя или нижняя треть): а) одной кости предплечья; б) обеих костей предплечья.	25 40	20 35
82	Нарушение функции предплечья: а) умеренное ограничение нарушение движений в лучезапястном и локтевом суставах, ограничение супинации и пронации от 45° до 60°; б) умеренное ограничение движений в одном из суставов (лучезапястном или локтевом) и значительное в другом, ограничение супинации и пронации от 25° до 40°; в) значительное ограничение движений в 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 суставов (лучезапястном или локтевом) и резкое в другом; д) резкое ограничение движений в лучезапястном и локтевом суставах. <i>Примечания:</i> 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°.	15 20 25 30 35	10 15 20 25 30
Лучезапястный сустав			
83	Костный анкилоз (неподвижность) лучезапястного сустава, подтвержденный данными рентгенологического исследования: а) в функционально выгодном положении (сгибание или разгибание до 20°); б) в функционально невыгодном положении (сгибание или разгибание 20° и более).	30 40	25 35



1	2	3	
84	Ограничение движений (контрактура) в лучезапястном суставе: а) умеренно выраженное: сгибание – 30-40°; разгибание – 30-40°; б) значительно выраженное: сгибание – 20-25°; разгибание - 20-25°; в) резко выраженное: сгибание – 0-15°; разгибание – 0-15°. <i>Примечание.</i> Объем движений в лучезапястном суставе в норме: сгибание – 50-75°, разгибание – 50-70°. Отсчет ведется от 0°.	10 15 25	10 15 20
Кисть			
Запястье, пястье			
85	Отсутствие кисти на уровне запястья или пястных костей.	65	60
86	Ложные суставы или несросшиеся переломы костей запястья или пястных костей.	15	10
87	Нарушение функции кисти в результате травмы запястья, пясти (деформация, снижение мышечной силы, нарушение хватательной способности): а) умеренно выраженное; б) значительно выраженное; в) резко выраженное.	10 15 20	10 10 15
Пальцы кисти			
Первый (большой) палец			
88	Значительные дефекты мягких тканей ногтевой фаланги, вызвавшие ее деформацию.	5	5
89	Культя на уровне: а) ногтевой фаланги; б) межфалангового сустава; в) основной фаланги.	10 15 20	10 15 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) положении; б) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении.	10 15	10 10
93	Костный анкилоз (неподвижность) двух суставов пальца: а) в функционально выгодном (полусогнутом) положении; б) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении.	15 20	10 15
94	Костный анкилоз (неподвижность) запястно-пястного сустава и двух суставов пальца: а) в функционально выгодном (полусогнутом) положении; б) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении.	20 25	15 20
95	Нарушение функции пальца вследствие ограничения движений в суставах: а) умеренно выраженного; б) значительно выраженного; в) резко выраженного в функционально невыгодном (полусогнутом) положении; г) резко выраженного в функционально невыгодном (резко согнутом или выпрямленном) положении.	5 10 15 20	5 10 10 15
Второй (указательный) палец			
96	Значительные дефекты мягких тканей ногтевой фаланги, вызвавшие ее		

1	2	3	
	деформацию, а также культя на уровне дистальной половины ногтевой фаланги.	5	5
97	Культия на уровне: а) ногтевой фаланги, второго (дистального) межфалангового сустава; б) средней фаланги или первого (проксимального) межфалангового сустава; в) основной фаланги или пястно-фалангового сустава (отсутствие пальца).	10 15 20	10 10 15
98	Отсутствие пальца с пястной костью или частью ее.	25	20
99	Нарушение функции пальца: а) умеренно выраженное ограничение движений в суставах; б) значительно выраженное ограничение движений в суставах, анкилоз или резкое ограничение движений во втором (дистальном) межфаланговом суставе; в) резко выраженное ограничение движений в суставах в функционально выгодном (полусогнутом) положении, анкилоз первого (проксимального) межфалангового или пястно-фалангового сустава, подтвержденный рентгенологическими данными; г) резко выраженное ограничение движений в суставах в функционально невыгодном (резко согнутом или выпрямленном) положении, анкилоз двух или трех суставов, подтвержденный рентгенологическими данными.	5 10 15 20	5 10 15 15
Третий (средний), четвертый (безымянный) или пятый (мизинец) пальцы			
100	Культия на уровне: а) ногтевой фаланги, второго (дистального) межфалангового сустава; б) средней фаланги, первого (проксимального) межфалангового сустава; в) основной фаланги или пястно-фалангового сустава (отсутствие пальца).	5 10 15	5 10 10
101	Отсутствие пальца с пястной костью или частью ее.	20	15
102	Нарушение функции одного пальца: а) умеренное ограничение движений в суставах, анкилоз, значительное и резкое ограничение движений во втором (дистальном) межфаланговом суставе; б) контрактура пальца в функционально выгодном (полусогнутом) положении, анкилоз первого (проксимального) или пястно-фалангового сустава, подтвержденный рентгенологическими данными; в) контрактура пальца в функционально невыгодном (резко согнутом или выпрямленном) положении, анкилоз двух или трех суставов, подтвержденный рентгенологическими данными.	5 10 15	5 10 15
Несколько пальцев одной кисти			
103	Отсутствие двух пальцев кисти: а) первого и второго (I + II); б) первого с третьим, четвертым или пятым (I + III), (I + IV), (I + V); в) второго с третьим, четвертым или пятым (II + III), (II + IV), (II + V); г) третьего с четвертым или пятым (III + IV), (III + V); д) четвертого с пятым (IV + V).	45 40 35 30 30	40 35 30 25 25
104	Отсутствие трех пальцев кисти: а) первого и второго с третьим, четвертым или пятым (I + II + III), (I + II + IV), (I + II + V); б) первого и третьего с четвертым или пятым (I + III + IV), (I + III + V); в) первого и четвертого с пятым (I + IV + V);	55 50 50	50 45 45

1	2	3	
	г) второго и третьего с четвертым (II + III + IV), (II + III + V); д) второго и четвертого с пятым (II + IV + V); е) третьего и четвертого с пятым (III + IV + V).	45	40
		45	40
		40	35
105	Отсутствие четырех пальцев кисти: а) первого, второго и третьего с четвертым или пятым (I + II + III + IV), (I + II + III + V); б) первого, второго, четвертого и пятого (I + II + IV + V); в) первого, третьего, четвертого и пятого (I + III + IV + V); г) второго, третьего, четвертого и пятого (II + III + IV + V). <i>Примечание.</i> 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.	60	55
		60	55
		55	50
		50	45
		65	60
		10	5
		15	10
		20	15
		25	20
		15	10
		20	15
		25	20
		30	25
		20	15
		25	20
		35	30
		45	40
		25	20
		35	30
		40	35
		50	45

1	2	3
	При изолированных переломах вертлужной впадины процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями, предусмотренными пунктом 110 настоящего Перечня.	
<b>НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ</b>		
<b>Тазобедренный сустав</b>		
109	Костный анкилоз (неподвижность), а также болтающийся тазобедренный сустав, подтвержденные рентгенологическими данными: а) анкилоз в функционально выгодном (разогнутом) положении; б) анкилоз в функционально невыгодном (согнутом) положении; в) болтающийся тазобедренный сустав в результате резекции головки бедра и/или вертлужной впадины.	45 60 70
110	Ограничение движений (контрактура) в тазобедренном суставе: а) умеренно выраженное (сгибание – 70-80°, разгибание - 10°, отведение - 30-35°); б) значительно выраженное (сгибание - от 55 до 70°, разгибание - 0-5°, отведение - от 30 до 20°); в) резко выраженное (сгибание - до 55°, разгибание - 0°, отведение до – 20 °). <i>Примечания:</i> 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.	25 30 35
<b>Бедро</b>		
111	Отсутствие нижней конечности в результате экзартикуляции в тазобедренном суставе или культя бедра на уровне верхней трети.	70
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 или коленном суставах; б) умеренное ограничение движений в одном из суставов (тазобедренном или коленном) и значительное в другом в) значительное ограничение движений в тазобедренном и коленном суставах или умеренное ограничение движений в одном из них и резкое ограничение в другом;	30 35 45 50

1	2	3
	<p>г) значительное ограничение движений в одном из суставов (тазобедренном или коленном) и резкое ограничение движений в другом;</p> <p>д) резкое ограничение движений в тазобедренном и коленном суставах.</p> <p><i>Примечания:</i></p> <p>1. Для определения степени ограничения движений в коленном и тазобедренном суставах следует пользоваться критериями, предусмотренными пунктами 110 или 118 настоящего Перечня.</p> <p>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.</p>	60
<b>Коленный сустав</b>		
115	Болтающийся коленный сустав в результате резекции суставных поверхностей бедра и/или большеберцовой	45
116	Костный анкилоз (неподвижность) коленного сустава:	
	а) в функционально выгодном (разогнутом) положении;	35
	б) в функционально невыгодном (согнутом под углом не более 160°) положении.	50
117	Избыточная (патологическая) подвижность в суставе в результате разрыва связочного аппарата	10
118	Ограничение движений (контрактура) в коленном суставе:	
	а) умеренно выраженное (сгибание – от 75 до 85°, разгибание – от 170 до 175° или сгибание – от 90 до 105°, разгибание – от 170 до 175°);	20
	б) значительно выраженное (сгибание – от 90 до 105°, разгибание – 150 до 165° или сгибание – больше 105°, разгибание – от 150 до 165);	25
	в) резко выраженное (сгибание - больше 105°, разгибание - меньше 150°).	30
	<i>Примечание.</i>	
	Объем движений в коленном суставе в норме: сгибание - 40-70°, разгибание - 180°.	
<b>Голень</b>		
119	Отсутствие голени в результате экзартикуляции в коленном суставе или культя на уровне верхней трети голени	60
120	Культи 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 голеностопном суставах;	25
	б) умеренное ограничение движений в одном из суставов (коленном или голеностопном) и значительное ограничение в другом;	30
	в) значительное ограничение движений в коленном и голеностопном суставах или умеренное ограничение движений в одном и резкое ограничение в другом;	35
		40

1	2	3
	<p>г) значительное ограничение движений в одном из суставов (коленном или голеностопном) и резкое ограничение в другом;</p> <p>д) резкое ограничение движений в коленном и голеностопном суставах.</p> <p><i>Примечания:</i></p> <p>1. Для определения степени ограничения движений в коленном и голеностопном суставах следует пользоваться критериями, предусмотренными пунктами 118 и 125 настоящего Перечня.</p> <p>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.</p>	45
<b>Голеностопный сустав</b>		
123	<p>Болтающийся голеностопный сустав.</p> <p><i>Примечание.</i></p> <p>Пункт 123 настоящего Перечня применяется при частичном или полном отсутствии суставных поверхностей большеберцовой и таранной костей, подтвержденном данными рентгенологического исследования</p>	35
124	<p>Костный анкилоз (неподвижность) голеностопного сустава, подтвержденный рентгенологическими данными:</p> <p>а) в функционально выгодном положении (под углом 90-95°);</p> <p>б) в функционально невыгодном (каком-либо ином) положении.</p>	30 40
125	<p>Ограничение движений (контрактура) в голеностопном суставе:</p> <p>а) умеренно выраженное: (разгибание - 80-85°, сгибание - 110-130°);</p> <p>б) значительно выраженное: (разгибание - 90-95°, сгибание - 90-105°);</p> <p>в) резко выраженное: (разгибание и сгибание в пределах 10°).</p> <p><i>Примечание.</i></p> <p>Объем движений в голеностопном суставе в норме: разгибание - 70 - 75°, сгибание - 135 - 140°. Отсчет ведется от угла 90° - функционально выгодного положения стопы.</p>	15 20 25
<b>Стопа</b>		
126	Отсутствие стопы в результате экзартикуляции в голеностопном суставе или ампутация стопы на уровне пяточной или таранной кости	45
127	Отсутствие дистального отдела стопы в результате ампутации на уровне костей предплюсны.	40
128	Отсутствие дистального отдела стопы в результате ампутации на уровне плюсневых костей.	35
129	<p>Нарушение функции стопы в результате ее травмы:</p> <p>а) умеренно выраженная отечность, умеренное нарушение статики;</p> <p>б) значительно выраженная отечность, значительное нарушение статики, умеренное ограничение движений в голеностопном суставе;</p> <p>в) резко выраженная отечность, резкое нарушение статики, значительное ограничение движений в голеностопном суставе;</p> <p>г) резко выраженная отечность, резкое нарушение статики, резкое ограничение движений в голеностопном суставе.</p>	15 20 25 30
<b>Пальцы стопы</b>		
130	Отсутствие всех пальцев стопы в результате экзартикуляции в плюснефаланговых суставах или ампутации на уровне основных фаланг.	25
131	Отсутствие первого пальца с плюсневой костью или частью ее.	15
132	Отсутствие первого пальца в результате экзартикуляции в плюснефаланговом суставе или ампутация на уровне основной фаланги.	10

1	2	3
133	Нарушение функции первого пальца в результате травмы или культи на уровне ногтевой фаланги или межфалангового сустава.	5
134	Отсутствие пальцев одной стопы в результате экзартикуляции в плюснефаланговом суставе или культи на уровне основной фаланги (кроме первого): а) одного пальца; б) двух-трех пальцев; в) четырех пальцев.	5 10 15
135	Отсутствие пальца с плюсневой костью или частью ее (кроме первого): а) одного пальца; б) двух-трех пальцев; в) четырех пальцев.	10 15 20
136	Нарушение функции пальцев или отсутствие одной, двух фаланг (кроме первого): а) одного - двух пальцев; б) трех - четырех пальцев. <i>Примечание.</i> 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.	5 10
137	Посттравматические тромбофлебит, лимфостаз, нарушение трофики: а) умеренная отечность, умеренная пигментация, бледность кожных покровов; б) значительная отечность, цианоз, трофические язвы площадью до 4 см <sup>2</sup> ; в) резкая отечность («слоновость») конечности, цианоз, трофические язвы площадью более 4 см <sup>2</sup> . <i>Примечание.</i> 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.	5 10 15
138	Травматический остеомиелит: а) при отсутствии воспалительного процесса; б) при наличии функционирующих свищей и гнойных ран.	5 10

## СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ УСТАНОВЛЕНИЕ ВОЗРАСТА

Одним из важных направлений в судебно-медицинской экспертизе живых лиц является определение возраста. Это исследование может быть как одним из этапов идентификации личности, так и самостоятельной экспертизой. Приобретенные знания и навыки врача-стоматолога, использование научно-обоснованных методик осмотра в значительной степени способствуют получению наиболее точных результатов.

Уголовно-процессуальный кодекс предусматривает обязательное проведение экспертизы для установления возраста обвиняемого подозреваемого и потерпевшего в тех случаях, когда это имеет значение для дела, а документы, удостоверяющие возраст, отсутствуют.

В основу определения хронологического возраста положен ряд признаков: *антропоскопические* (состояние кожного покрова, появление и смена зубов, их изменения, вторичные половые признаки), *антропометрические*, отражающие количественную сторону физического развития (рост, окружность грудной клетки, масса и пр.), а также другие признаки (формирование, дифференциация, инволюция элементов костного скелета, определяемые рентгенологическим методом, другие инволютивные изменения).

**Целевые задачи:** 1. В результате проведения занятия студент должен усвоить процессуальные положения, организацию и методику проведения судебно-медицинской экспертизы возраста.

2. Владеть методикой осмотра, опроса свидетельствуемого. Уметь оформлять судебно-медицинскую документацию по результатам освидетельствования.

3. Уметь анализировать и оценивать полученные данные объективного осмотра (в том числе и осмотра зубов), антропометрического и рентгенологического исследований.

4. Уметь письменно оформлять экспертные выводы о биологическом возрасте и его соответствии с паспортным.

### Студент должен знать:

1. законодательную и нормативную базу, регламентирующую порядок назначения и проведения экспертизы возраста
2. поводы и порядок проведения экспертизы возраста.
3. основные научные данные необходимые для установления биологического возраста.
4. методики осмотра, описания зубов. Оценка одонтологического статуса с учетом степени изношенности.
5. трактовку результатов объективного и дополнительных методов исследования.

### Студент должен уметь

- проводить объективный осмотр освидетельствуемого лица и назначить необходимые дополнительные методы исследования



- проанализировать выявленные инволютивные процессы и соотнести их с определенной возрастной группой.
- формулировать и составлять экспертные выводы (заключения) в случаях экспертизы возраста.

### **Вопросы для самоподготовки к занятию**

1. Поводы и порядок проведения экспертизы живых лиц и определения возраста.
2. Понятия «освидетельствование», «экспертиза» в соответствии с УПК РФ.
3. Процессуальные положения и организация проведения судебно-медицинской экспертизы возраста.
4. Методика проведения объективного осмотра освидетельствуемого лица.
5. Костный возраст и методики его определения.
6. Установление возраста по зубам в различных возрастных категориях.

### **Основная литература**

1. Судебная медицина: учебник/ Под ред. В.Н.Крюкова, -М.: Медицина, 1998.- 464 с.
2. Судебная медицина: Учебник для студентов стоматологических факультетов медицинских вузов/Под ред. проф. Г.А.Пашинян, проф. Г.М. Харина. -М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.- 320с.

### **Дополнительная литература**

1. Уголовный и уголовно-процессуальный кодекс РФ, комментарии к ним.
2. Г.А. Пашинян, Г.М. Харин, П.О. Ромодановский. Руководство к практическим занятиям по судебной стоматологии.- М. ГЭОТАР-МЕД, 2006.

## **ПЛАН ЗАНЯТИЯ**

### **Общий хронометраж занятия**

45 мин (1 час)

1. Вступительное слово преподавателя 5 мин.
2. Закрепление знаний процессуальных основ и организации проведения экспертизы возраста путем устного разбора

вопросов темы

10 мин.

3. Освоение методики составления экспертных выводов

по актам по определению возраста

20 мин

4. Обсуждение экспертных выводов

10 мин.

### **Оснащение занятия**

2. Карты-задания (протокольные части актов)

3. Таблицы

4. Методические указания

### **Ориентировочная основа действий при проведении**

#### **экспертизы возраста.**

1. Ознакомиться с документом, удостоверяющим личность свидетельствуемого.

2. Ознакомиться с имеющимися документами (постановлением о назначении экспертизы, выписками, копией или подлинниками медицинских документов и др.).

3. Сбор анамнеза (выяснить дату рождения, установить причину, по которой свидетельствуемый не может точно указать свой возраст).

4. Произвести тщательный объективный осмотр свидетельствуемого лица с описанием всех обнаруженных изменений и признаков.

5. Произвести рентгенографическое исследование.

6. На основании полученных данных составить экспертные выводы.

#### *При проведении экспертизы возраста в амбулатории БСМЭ*

- Произвести антропометрические измерения, взвешивание и осмотр обнаженного тела свидетельствуемого.
- Отметить густоту волос на голове, наличие и количество седых (особенности бороды и усов при наличии таковых)
  - Отметить цвет и упругость кожи, наличие и характер морщин с указанием их локализации.
  - Произвести осмотр зубов, отметив их состояние (молочные, постоянные, зубы мудрости, степень их изношенности и т.д.).

- Отметить состояние волос в подмышечных впадинах
- Отметить состояние наружных половых органов (признаки полового созревания, наличие инволютивных изменений)
- Произвести анализ рентгенологических показателей состояния костей кисти и стопы (ядра окостенения, синостозы, процессы деструкции, дополнительные разрастания и пр.).

***Пример №1 написания выводов к Заключению по освидетельствованию:***

На основании данных судебно-медицинской экспертизы (освидетельствования), данных рентгенологического метода исследования, с учетом обстоятельств дела и в соответствии с поставленным вопросом, прихожу к выводам (заключению)

1. Антропометрические данные ребенка М., наличие постоянных зубов- вторых моляров, отсутствие признаков стирания зубов верхней челюсти, отсутствие выраженных вторичных половых признаков, отсутствие признаков образования синостозов в костях верхних конечностей, при наличии выраженных ядер окостенения, позволяют установить возраст мальчика в пределах 12-13 лет

Дата:

Судебно-медицинский эксперт (подпись)

**БЛОК ИНФОРМАЦИИ**

***УСТАНОВЛЕНИЕ ВОЗРАСТА***

Возможности экспертизы возраста. Установление возраста живых лиц производится на основании изучения внешних проявлений развития или инволюции организма, связанных с определенными годами жизни. Отмечается состояние и изменение кожи, особенно на лице, развитие вторичных половых признаков, состояние зубов и степень их изношенности и т. д. В зависимости от возраста освидетельствуемого перечисленные признаки будут иметь различную ценность для экспертизы. В периоде роста организма большое значение приобретают данные антропометрических показателей, замена молочных зубов, развитие вторичных половых признаков. В более поздних периодах жизни эти признаки не имеют уже такой ценности, но возрастает значение изношенности зубов, признаков увядания кожи (цвет, морщины), изменений волос (поседение, облысение).

Возрастные изменения кожи (изменение эластичности, пигментации, ороговения и др.) подвержены большим колебаниям и в значительной степени индивидуальны. Ориентировочные сроки появления морщин на лице следующие: лобные и носогубные – в возрасте около 20 лет, тонкие морщины у углов глаз в 25-30 лет, предкозелковые в 35 лет, веерообразные у наружных углов глаз в 35-40 лет, на кистях рук и мочках ушей после 50 лет, к 55 годам появляется морщинистость шеи, верхней губы, к 60 годам - ороговение и пигментация кожи тыла кистей.

Для уточнения возраста обязательно производится рентгенографическое исследование костей. Наиболее часто исследуют кости и суставы кисти, предплечья, стопы и голени. Рентгенологическая диагностика возраста наиболее эффективна в период роста и дифференцирования организма. Определение возраста производят не только у живых лиц, но и у трупов, когда личность погибшего неизвестна. В связи с посмертным изменением внешности, гниением и скелетированием трупов рентгенологическое исследование костей в этих случаях приобретает исключительное значение. Кроме того, определяют степень зарращения швов черепа, изменения зубов, размеры костномозговых каналов, характер изменения губчатого вещества костей.

В жизни человека выделяют несколько основных возрастных периодов: детство (до 14 лет), юношество (от 14 до 20 лет), молодость (21—30 лет), зрелость (31—45 лет), средний возраст (45—59 лет), пожилой возраст (60—74 года) и старость (75 лет и старше). Указанные пределы возрастных групп довольно условны и индивидуальны. Один период переходит в другой постепенно, без резкой границы. На развитие и старение человека влияют множество эндо- и экзогенных факторов, сказывающихся на внешнем виде и затрудняющих определение возраста: неблагоприятные условия жизни, характер трудовой деятельности, профессиональные вредности, заболевания, вредные привычки (алкоголизм, наркомания). Несоответствие определяемого биологического возраста календарному может быть связано и с различного рода эндокринными расстройствами. За последние десятилетия определение возраста у детей и юношей затруднилось в связи с явлением так называемой *акселерации*. В результате улучшения условий жизни и питания, а также действия других факторов значительно увеличился средний рост молодых людей, улучшилось их физическое развитие, ускорилось половое созревание. В связи с сокращением на 1—2 года сроков окостенения скелета рост девушек в настоящее время прекращается в 16—18 лет, а юношей — в 18—19 лет.

**Методика производства экспертизы.** Экспертиза начинается с установления личности и опроса освидетельствуемого. При этом выясняют данные о перенесенных заболеваниях, особенностях развития, полового созревания, об условиях жизни в прошлом и настоящем, об учебе, работе, профессиональных вредностях, вредных привычках. Затем производят антропометрические измерения, взвешивание и осмотр обнаженного тела освидетельствуемого. Измеряют рост, окружность груди, длину рук и ног, окружность плеч и бедер, размеры головы. У женщин с помощью тазомера определяют размеры таза. При осмотре отмечают густоту волос на голове, наличие и количество седых, особенности бороды и усов. Лицо изучают особенно тщательно, так как оно наиболее полно отражает возрастные изменения. Здесь обращают внимание на цвет и упругость кожи, подробно описывают морщины с указанием их локализации. Перед осмотром лицо необходимо освободить от косметики. Зубы лучше осмотреть совместно со стоматологом для более точного определения их изношенности. Отмечается наличие молочных, постоянных зубов и зубов мудрости. В подмышечных впадинах определяют степень оволосения. У женщин подробно описывают состояние молочных желез (их размеры, консистенция, пигментация околососковых кружков, выступание сосков), наличие рубцов беременности. Потом производят осмотр растительности на лобке и определяют степень развития половых органов, что важно в периоде полового созревания.

При установлении возраста в *детском и подростковом периоде* большое значение имеют антропометрические данные, появление и смена зубов, развитие вторичных половых признаков. Определение возраста в таких случаях желательно проводить с привлечением педиатра. К 2 годам ребенок обычно имеет 20 зубов, с 6—7 лет молочные зубы начинают выпадать и заменяться постоянными. Ниже указаны некоторые признаки, характерные для определенных возрастов.

*14 лет.* Рост представителей этой группы — обычно от 150 до 165 см. У девочек — резкая вариабельность вторичных половых признаков от инфантильности до состояния половой зрелости. В среднем — умеренное развитие вторичных половых признаков (менструации, незначительная пигментация больших половых губ, умеренное развитие волос на лобке и в подмышечных впадинах, начало развития молочных желез, околососковые кружки розовые, соски не обособлены). Интеллект —

детский, отстает от физического развития. У мальчиков наружные половые органы — в средней степени развития. Появляются волосы на лобке. Как у мальчиков, так и у девочек обычно по 28 постоянных зубов.

*16 лет.* Рост в среднем — 160 см. Девочки в подавляющем большинстве достигают половой зрелости. У мальчиков отмечаются появление пушковых волос усов и бороды, хорошее развитие волос на лобке, появление их в подмышечных впадинах. Начинается пигментация околососковых кружков, «ломается» голос, появляются поллюции. Возможно начало прорезывания зубов мудрости.

*18—20 лет.* Рост индивидуален. Девушки, за редким исключением, к 18 годам полностью достигают развития, свойственного взрослому организму. Строение тела юношей приобретает мужские черты к 20 годам (особенно у спортсменов и проходящих службу в армии): у них хорошо выражен пушок или даже полностью развиты волосы усов, а затем и бороды. Хорошо выражены волосы на лобке и в подмышечных впадинах. Начинают прорезаться зубы мудрости, стертости эмали зубов нет.

*30—40 лет.* Начинает исчезать розовая окраска кожи лица, она становится желтоватой. Хорошо выражены морщины на лбу, в окружности глаз. Появляются предкозелковые и заушные морщины. Выражена стертость резцов и коренных зубов, к 40 годам обнажается дентин на жевательных поверхностях. Зубы с желтоватой окраской, появляются клиновидные дефекты у шеек зубов. Начинается поседение волос, особенно у брюнетов, обычно с височных областей.

*50 лет и старше.* Морщины во всех отделах лица резко выражены. Появляется морщинистость шеи, верхней губы. Развитие седины и облысения индивидуальное, но седина отмечается у подавляющего большинства обследуемых. Ближе к 50 годам у женщин наступает климактерический период.

К 60 годам появляются ороговение и пигментация кожи тыла кистей — собранная в складку, она очень медленно расправляется. Нередко выявляются помутнение периферии роговицы, сношенность и выпадение зубов. Резцы могут быть стертые наполовину. У женщин в пожилом и старческом возрасте часто наблюдается рост усов и бороды. Существенные инволютивные изменения претерпевают и наружные половые органы.

При рентгенологическом уточнении возраста у детей и юношей ориентирами для определения числа прожитых лет служат ядра окостенения и синостозы. Позже уточнение возраста производится как по развитию процессов деструкции в костях, так и по образованию дополнительных разрастаний (шипов) и сесамовидных костей. Определение возраста с помощью рентгенографии может дать более точные данные, чем антропометрический и описательный методы, так как условия жизни и экзогенные воздействия на организм гораздо больше сказываются на внешности человека, чем на строении его костей. Изучение костных изменений на рентгенограммах должно производиться судебным медиком совместно с опытным рентгенологом. Полученные данные сравнивают с разработанными таблицами со сроками наступления синостозов костей кисти и дистальных отделов предплечья, составленную С.А.Буровым (1972). Хорошие результаты дает методика определения возраста по рентгенограммам дистального отдела стопы, разработанная Я.П.Зориным (1996). По его данным, в возрастном интервале от новорожденности до 14 лет возраст может быть определен с точностью до одного года, а в период от 15 до 25 лет — с точностью до 2—3 лет.

*Заключение экспертизы по установлению возраста* составляется по обычной схеме. Оно обязательно должно иллюстрироваться фотографией лица освидетельствуемого и снимками со сделанных рентгенограмм. Определение возраста относится к одному из сложных видов судебно-медицинской экспертизы, и ответ на вопрос следствия может быть дан, с учетом данных анамнеза, только на основании совокупности ряда признаков, после всестороннего исследования. Так как эти признаки весьма вариабельны, то возраст может быть установлен лишь относительно точно: у детей и

подростков — с точностью до 1—2 лет, у юношей — 2—3 лет, а в более старших возрастах — до 5—10 лет.

Относительно точным показателем являются возрастные особенности зубов. Сроки смены молочных и появления постоянных зубов представлены в таблице №1

**Таблица №1** Время появления постоянных зубов.

Зубы	Время прорезывания, годы
Резцы средние	7
Резцы боковые	8-8,5
Клыки	11-12
Первые премоляры	9-10
Вторые премоляры	11
Первые моляры	5-6
Вторые моляры	12-13

Данные о степени стирания зубов верхней челюсти в зависимости от возраста приведены в таблице № 2

**Таблица №2** Степень стирания зубов верхней челюсти в условных показателях в зависимости от возраста [Герасимов М.И., 1955]

Возраст, годы	Резцы	Клыки	Малые коренные	Первые большие коренные	Вторые большие коренные
10-13	Стирание ещё не началось				
13-14	0-1	0	0	0	0
14-16	1	0	1	0	0
16-18	1-2	1	1	1	0
18-20	2-3	2	2	2	1
20-25	2-3	2	2	2	2
25-30	3	2	2-3	2-3	2
30-35	3	2-3	2-3	3	2-3
35-40	3	3	3	3-4	3
40-50	3-4	3-4	3-4	4	3-4
50-60	4-5	4	4	5	4-5
60-70	5-6	5	5-6	5-6	6

0 - стирания нет; 1 - потеря только эмаль; 2 - стирание бугорков; 3 - стирание затронуло дентин; 4 - стирание коснулось зубного канала; 5 - стирание достигло полного сечения коронки; 6 — полное стирание коронки

В организме человека при его нормальном физиологическом развитии существует соответствие между возрастом и степенью дифференциации костной системы, что может быть установлено при рентгенографии. Определение возраста с помощью рентгенографии может дать более точные данные, чем антропометрический и описательный методы. Изучение костных изменений на рентгенограммах должно производиться судебным медиком совместно с опытным рентгенологом. Чаще всего для определения возраста производят рентгенограммы кисти и стопы. В возрасте от 3 лет до 21 года, когда еще не закончилось формирование костного скелета, выявляют ядра окостенения и наступление синостозов, зарастание швов свода и основания черепа. В зрелом и пожилом возрасте учитывают наличие инволютивных и дистрофических изменений костной ткани (явления остеопороза, костные разрастания – экзостозы, окостенения хрящевых частей в скелете, истонченность и подковообразность нижней челюсти и др.) В таблицах №3 и №4 приведены данные о сроках появления и локализации ядер окостенения и синостозов в верхних и нижних конечностях возрасте до 20 лет.

**Таблица №3. Образование синостозов в костях верхних конечностей.**

Локализация	Возраст, лет	
	юноши	девушки
Эпифизы I пястной кости и дистальных фаланг	14-18	12-16
Эпифизы проксимальных, средних фаланг и II-V пястных костей	14-20	12-17
Дистальные отделы лучевой и локтевой костей	16-20	13-19
Головка плечевой кости	17-20	16-19
Большой бугорок плечевой кости	3-7	2-6
Головчатое возвышение, наружный мыщелок и блок плечевой кости	13-16	11-13
Внутренний мыщелок плечевой кости	14-18	12-15
Локтевой отросток	13-18	11-16
Проксимальный эпифиз лучевой кости	13-18	10-15

**Таблица №4. Образование синостозов в костях нижних конечностей**

Локализация	Возраст, лет	
	юноши	девушки
Эпифиз I плюсневой кости	14-18	11-16

Эпифизы дистальных фаланг	12-18	11-15
Эпифизы проксимальных фаланг	13-19	10-16
Эпифизы средних фаланг	12-17	9-14
Эпифизы II—V плюсневых костей	14-19	12-16
Бугристость V плюсневой кости	12-15	10-13
Эпифиз пяточной кости	13-18	10-16
Головка бедренной кости	15-19	13-18
Большой и малый вертелы бедренной кости	15-18	13-17
Дистальный эпифиз большой берцовой кости, проксимальные эпифизы большой и малой берцовой костей	15-20	13-18
Бугристость большой берцовой кости	14-19	13-17
Дистальные эпифизы большой и малой берцовой костей	14-18	12-17