

Барнаульский юридический институт МВД России
Кафедра криминалистики

**Определение степени тяжести причиненного
вреда здоровью**

Методические рекомендации.

Барнаул 2007

ББК 67. 531 Р30
Ф 534

Филиппов М.П., Бойко Ю.Л.. Определение Степени тяжести причиненного вреда здоровью. Методические рекомендации. – Барнаул.: ГОУ ВПО БЮИ МВД России, 2007. – 40 с.

Методические рекомендации подготовлены в соответствии с п.18 Плана научной деятельности Барнаульского юридического института МВД России на основании заявки ГУВД Алтайского края № 21/8-426 от 15.05.2006 г.

Предлагаемые методические рекомендации по определению степени тяжести вреда здоровью содержат полный перечень признаков тяжкого вреда здоровью, дается научно обоснованная медицинское толкование каждого отдельного признака. Предложенное изложение материала позволит достаточно профессионально сотрудникам следственных органов определять квалифицирующий признак при возбуждении уголовных дел по статье 111 УК РФ

Обсуждены и одобрены на заседании кафедры протокол № «___» от
«___» _____ 2007г.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
1. Методические указания (общие признаки)	5
2. Тяжкий вред здоровью (признаки)	9
2.1. Опасный для жизни вред здоровью (повреждения)	10
2.2. Угрожающие жизни состояния (явления)	12
2.3. Не опасный для жизни вред здоровью, относящийся к тяжким по исходу и последствиям	16
2.3.1. Потеря зрения, слуха или какого-либо органа, либо утрата органом его функций	16
2.3.2. Душевная болезнь	18
2.3.3. Расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности, не менее чем на одну треть	18
2.3.4. Прерывание беременности	19
2.3.5. Неизгладимое обезображение лица	19
2.3.6. Заболевание наркоманией, токсикоманией	20
2.3.7. Утрата профессиональной трудоспособности	20
3. Приложение	23

ВВЕДЕНИЕ

Возбуждение уголовных дел и вынесение постановлений о назначении судебно-медицинской экспертизы на предмет установления тяжести вреда здоровью вследствие полученных повреждений у потерпевших, подозреваемых и обвиняемых составляет определенную часть большого объема работы сотрудников следственного аппарата МВД, прокуратуры и других правоохранительных структур и имеет большое значение при расследовании преступлений, направленных против жизни, здоровья, свободы и достоинства гражданина. Все это требует определенных судебно-медицинских познаний со стороны выше упомянутых сотрудников правоохранительных структур.

Отмена правил судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью (приложение №2 к приказу Минздрава РФ за №407 от 10.12.96г.) и возвращение к «старым» правилам, утвержденным приказом Минздрава СССР №1208 от 11.12.78г. внесло определенный дисбаланс в работу Бюро СМЭ не только Алтайского края, но и др. территорий РФ. Во первых - существуют отличия в признаках, предусмотренных ст. 108 УК РСФСР и ст. 111УК РФ; во вторых – некоторые отличия ст. 111УК РФ и правил СМ определения степени тяжести телесных повреждений, утвержденных приказом Минздрава СССР №1208 от 11.12.78г.

Вместе с тем в работе Бюро СМЭ придерживаются соответствия со ст. 111 УК РФ, содержание которой соответствует правилам, утвержденным приказом Минздрава №407 от 10.12.96г., согласованным с Генеральной прокуратурой, Верховным судом и Министерством внутренних дел РФ.

«Правила определения тяжести вреда здоровью» (степени тяжести телесных повреждений – старое название) предлагают унифицировать критерии. Однако, «Правила» далеко не исчерпывают всего многообразия повреждений, охватывают лишь наиболее типичные, так как они представляют общие ориентиры и руководящие признаки к экспертным действиям и, в то же время, не могут служить шаблоном в работе. Следователь должен анализировать результаты

экспертизы (освидетельствования), учитывая особенности повреждений, решая стоящие перед ним задачи в каждом конкретном случае индивидуально. Кроме того, необходимо представлять понятия и сущность угрожающих жизни явлений (состояний), которые могут возникнуть при различных повреждениях.

Для того, чтобы избежать ошибочного толкования ряда пунктов «Правил», отдельные понятия и облегчить усвоение материала, в предлагаемых рекомендациях даются современные, научно обоснованные представления о шок, коме, острой почечной, печеночной недостаточности, острой дыхательной недостаточности тяжелой степени и некоторых других состояний, вызывающих развитие угрожающих жизни явлений (раздел 2.3.).

В приложении дается перечень телесных повреждений, опасных для жизни, а также приводится таблица процентов утраты трудоспособности при различных травмах.

В настоящих рекомендациях не полемизируются отдельные спорные положения, поскольку основной целью является соответствие выше изложенного материала с содержанием ст.111 УК РФ, при отсутствии новых правил судебно-медицинской экспертизы и тяжести вреда здоровью.

1. Методические указания (общие положения) производства СМЭ тяжести вреда здоровью.

Судебно-медицинская экспертиза в целях определения тяжести вреда здоровью проводится судебно-медицинским экспертом путем медицинского обследования потерпевшего (подозреваемого, обвиняемого). Эксперт устанавливает личность свидетельствуемого по паспорту, или иному документу, удостоверяющему его личность, выясняет у него обстоятельства причинения повреждений (вреда здоровью), жалобы на момент освидетельствования и при необходимости другие сведения; знакомится с имеющимися материалами дела и медицинскими документами.

Производство экспертизы только по медицинским документам : история болезни (карта стационарного больного), индивидуальная карта амбулаторного больного допускаются в исключительных случаях и лишь при наличии полноценных подлинных документов, содержащих подробные, исчерпывающие данные о характере повреждений, их клиническое течение и другие сведения, необходимые для производства экспертного исследования и дачи обоснованных выводов (заключения).

В случаях, когда необходимые медицинские документы эксперту не представлены, он заявляет ходатайство лицу или органу, назначившему экспертизу о предоставлении ему соответствующих материалов, что соответствует УПК РФ.

Примечание: Руководители (врачи) лечебных учреждений обязаны оказывать судебно-медицинскому эксперту помощь (содействие) в проведении клинического обследования и консультаций, осуществлении лабораторных исследований (анализов). В случае наступления смерти потерпевшего в больнице, лицо, проводящее дознание должно предоставить в распоряжение эксперта не только труп, но и всю имеющуюся медицинскую документацию на умершего.

Лишь в исключительных случаях при производстве судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью допускается использование копий истории болезни (амбулаторной карты), заверенных подписью врача и печатью лечебного учреждения (гербовая).

В необходимых случаях судебно-медицинский эксперт, помимо непосредственного обследования потерпевшего, может использовать данные дополнительных (лабораторных, в т.ч. инструментальных) исследований, проводимых с привлечением соответствующих специалистов. Эти данные должны быть отражены в «Заключении эксперта» («Акте освидетельствования»). В этих случаях указывается: где, когда и кем дополнительно обследовался больной (свидетельствуемый), какие факты при этом установлены и к каким выводам пришел специалист. Заключение составляется экспертом с учетом результатов обследования, изложенных в письменном виде.

Оценивая характер и продолжительность заболевания или нарушения функций, связанных с повреждением, судебно-медицинский эксперт должен исходить из объективных медицинских данных, установленных в процессе проведения экспертизы. Если продолжительность заболевания, указываемая в медицинских документах, не отвечает характеру причиненного телесного повреждения и не подтверждается объективными данными, эксперт отмечает это обстоятельство в своих выводах и устанавливает тяжесть вреда здоровью, исходя из имеющихся объективных данных.

Возникшие в силу случайных обстоятельств, индивидуальных особенностей организма или дефектов при оказании медицинской помощи и т.п. обострение предшествующих заболеваний после причинения телесных повреждений сами по себе не должны служить основанием для изменения квалификации тяжести вреда здоровью.

В необходимых случаях судебно-медицинский эксперт в своем заключении обязан указать характер наступившего ухудшения или осложнения, в какой причинной связи оно находится с данным телесным повреждением.

В случаях смерти при наличии телесных повреждений судебно-медицинский эксперт в своих выводах, наряду с решением других вопросов, обязан указать и обосновать:

1. причину смерти;
2. наличие или отсутствие причинной связи между выявленными телесными повреждениями и смертью.

Если в постановлении о назначении экспертизы имеется вопрос о тяжести причиненного вреда здоровью по обнаруженным на трупе повреждениям, судебно-медицинский эксперт должен отметить, имеет ли повреждение признаки тяжкого вреда здоровью.

Судебно-медицинский эксперт, устанавливая причинную связь между повреждением и смертью, не должен характеризовать телесные повреждения как, безусловно, или условно смертельные, поскольку УК РФ такого подразделения телесных повреждений не предусматривает.

В «Заключении эксперта» («Акте») по проведению экспертизы телесных повреждений должно быть отражено следующее:

1. Характер повреждения с медицинской точки зрения (по классификации) – ссадина, кровоподтек, рана, перелом кости и т.п., их локализация, свойства и т.п. (с учетом общепринятого алгоритма описания телесных повреждений);

2. Характер (свойства) травмирующего предмета, которым могли быть причинены данные повреждения;

3. Механизм образования повреждений;

4. Прижизненность и давность (срок) образования повреждений;

5. Степень тяжести вреда здоровью с указанием квалифицирующего признака – опасность для жизни, длительность расстройства здоровья и т.д.

Если при осмотре потерпевшего судебно-медицинский эксперт обнаружил телесные повреждения различного происхождения, то он устанавливает, чем могло быть причинено каждое из них; если повреждения имеют различную давность, отмечается неоднократность их нанесения и указываются примерные сроки причинения каждого отдельного повреждения и их степень тяжести вреда здоровью.

Выводы в «заключении эксперта» («Акте») должны быть подробными и научно-обоснованными.

Составление каких-либо предварительных выводов, содержащих предположительное суждение о степени тяжести вреда здоровью недопустимо.

В случаях установления (по объективным медицинским данным), что телесное повреждение было опасным для жизни в момент его причинения или когда последствия и исход неопасного для жизни повреждения не вызывают сомнений, судебно-медицинский эксперт определяет степень тяжести вреда здоровью не ожидая его исхода.

Вместе с тем, судебно-медицинскому эксперту следует воздержаться от определения степени тяжести вреда здоровью, когда:

1. диагноз повреждения или заболевания (состояния) достоверно не ясен (не установлен);
2. исход неопасного для жизни вреда здоровью не ясен;
3. имеет место отказ свидетельствуемого от дополнительного обследования или его неявка на повторный осмотр, если это лишает эксперта возможности правильно и полно оценить характер повреждения, его клиническое течение и исход;
4. отсутствуют медицинские документы, в том числе результаты дополнительных (лабораторных) методов исследования, без которых не представляется возможности судить о характере и степени тяжести вреда здоровью.

В подобных случаях судебно-медицинский эксперт в своих выводах излагает причины, не позволяющие ему определить тяжесть вреда здоровью и указывает, какие сведения ему необходимы для решения данного вопроса (медицинские документы, консультации и заключения соответствующих специалистов, результаты дополнительных (лабораторных) методов исследования и др.), а также определяет срок повторного освидетельствования.

Мотивированное объяснение невозможности определения тяжести вреда здоровью не освобождает эксперта от необходимости решения других вопросов, имеющих в постановлении о производстве судебно-медицинской экспертизы.

«Заключение эксперта», «Акт судебно-медицинского освидетельствования» выдается на руки лицу, назначившему экспертизу, или пересылается по его указанию по почте. Допустима выдача документа на руки лицу (свидетельствуемому) только по правильно оформленному письменному разрешению органа прокуратуры, МВД или суда.

Замена «Заключения эксперта» («Акта») выпиской или другими документами запрещается.

2. Тяжкий вред здоровью.

Признаками тяжкого вреда здоровью являются:

1. опасность для жизни;
2. потеря зрения, речи, слуха;
3. потеря какого-либо органа, либо утрата органом его функции;
4. неизгладимое обезображение лица;
5. расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть;
6. прерывание беременности;
7. психическое расстройство (душевная болезнь);
8. заболевание наркоманией или токсикоманией;
9. полная утрата профессиональной трудоспособности.

2.1. Опасный для жизни вред здоровью.

Опасным для жизни вредом здоровью могут быть как телесные повреждения, так и патологические состояния, заболевания. Опасными для жизни повреждениями являются:

1. Повреждения, которые по своему характеру угрожают жизни потерпевшего в момент нанесения или при обычном их течении заканчиваются смертельным исходом. Предотвращение смерти, обусловленное оказанием медицинской помощи не должно приниматься во внимание при оценке опасности для жизни таких повреждений;
2. Повреждения, вызвавшие развитие угрожающего жизни состояния.

При экспертизе опасных для жизни повреждений с целью решения вопроса о том, являлось ли возникшее у потерпевшего состояние угрожающим его жизни, а также для оценки влияния оказанной медицинской помощи на состояние потерпевшего может быть назначена и проведена комиссионная судебно-медицинская экспертиза с участием врачей соответствующих специальностей (именуется врач-эксперт).

Опасные для жизни повреждения

К опасным для жизни повреждениям относятся:

1. проникающие ранения черепа, в том числе и без повреждения головного мозга;
2. открытые и закрытые переломы костей свода и основания черепа, за исключением перелома костей лицевого скелета и изолированной трещины только наружной пластинки свода черепа;
3. ушиб головного мозга тяжелой степени, ушиб головного мозга средней степени при наличии симптомов повреждения стволового отдела;
4. проникающие ранения позвоночника, в том числе и без повреждения спинного мозга;
5. переломы-вывихи и переломы тел или двусторонние переломы дуг шейных позвонков, а также переломы дуг 1 и 2 шейных позвонков, в том числе и без нарушения функции спинного мозга;
6. вывихи (в том числе подвывихи) шейных позвонков;
7. закрытые повреждения шейного отдела спинного мозга;
8. перелом или перелом вывих одного или нескольких грудных или поясничных позвонков с нарушением функции спинного мозга;
9. ранения, проникающие в просвет глотки, гортани, трахеи, пищевода, а также повреждений щитовидной и вилочковой железы;
10. ранения грудной клетки, проникающие в плевральную полость, в полость перикарда или в клетчатку средостения, в том числе и без повреждения внутренних органов;
11. ранения живота, проникающие в полость брюшины,
12. ранения, проникающие в полость мочевого пузыря или кишечника (за исключением нижней трети прямой кишки);
13. открытые ранения органов забрюшинного пространства (почек, надпочечников, поджелудочной железы);
14. разрыв внутреннего органа грудной или брюшной полостей, или полости таза, или забрюшинного пространства, или разрыв диафрагмы, или разрыв предстательной железы, или разрыв мочеточника, или разрыв перепончатой части мочеиспускательного канала;

15. двусторонние переломы заднего полукольца таза с разрывом подвздошно-крестового сочленения и нарушением непрерывности тазового кольца в передней и задней части с нарушением его непрерывности;

16. открытые переломы трубчатых костей – плечевой, бедренной и большеберцовой, открытые повреждения тазобедренного и коленного суставов;

17. повреждение крупного кровеносного сосуда: аорты, сонной (общей, внутренней, наружной), подключичной, плечевой, бедренной, подколенной артерии или сопровождающих их вен;

18. термические ожоги 3-4 степени с площадью поражения, превышающей 15% поверхности тела, ожоги 3 степени более 20% поверхности тела, ожоги 2 степени, превышающие 30% поверхности тела, а также ожоги меньшей площади, сопровождавшиеся шоком тяжелой степени, ожоги дыхательных путей с явлениями отека и сужения голосовой щели;

19. ожоги химическими соединениями (концентрированными кислотами, едкими щелочами, различными прижигающими веществами), вызвавшие, помимо местного, общее токсическое угрожающие жизни;

20. сдавление органов шеи и др. виды механической асфиксии, сопровождавшиеся выраженным комплексом угрожающих жизни явлений (расстройство мозгового кровообращения, амнезия, потеря сознания и др.), если это установлено объективными данными.

К опасным для жизни также относятся повреждения, если они повлекли за собой угрожающие жизни состояние. Опасными для жизни являются патологические состояния (заболевания), возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды и закономерно осложняющиеся угрожающим жизни состоянием или сами представляющие угрозу для жизни человека.

2.2. Угрожающие жизни состояния

К угрожающим к жизни состояниям относятся:

1. шок тяжелой степени (3-4 ст.) различной этиологии;
2. кома различной этиологии;
3. массивная (обильная) кровопотеря;

4. острая сердечная и сосудистая недостаточность, коллапс, тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения;
5. острая почечная или печеночная недостаточность;
6. острая дыхательная недостаточность тяжелой степени;
7. расстройство органов и регионального кровообращения, приводящие к инфаркту внутренних органов, гангрене конечностей, эмболии (жировой и газовой), сосудов головного мозга, тромбоэмболии;
8. гнойно-септическое состояние;
9. сочетание состояний, угрожающих жизни.

Травматический шок

Травматический шок – опасное для жизни осложнение повреждений, при котором нарушается деятельность всех систем и органов человека, и главным образом – центральной нервной системы (ЦНС), кровообращения, дыхания и метаболизма (обмена веществ).

В течении шока различают две фазы: эректильную и торпидную. Эректильная фаза кратковременна (от нескольких минут до получаса, редко более), характеризуется некоторым общим возбуждением организма. Торпидная фаза – фаза торможения (угнетение всех жизненно важных функций организма).

Для комы характерно полное выключение сознания с отсутствием реакций на болевые и любые другие раздражители, с угнетением зрачковых, корреальных и глотательного рефлексов. Нередко отмечаются нарушения функции сердечно-сосудистой системы и дыхания.

Массивная (обильная) кровопотеря возникает, как правило, при кровотечениях из сосудов крупного и среднего калибра, либо паренхимотатозного органа (печень, почка и тд.)

Функциональные расстройства при кровопотери зависят от быстроты кровотечения и количества потерянной крови. При одинаковом объеме кровопотери функциональные нарушения выражаются тем резче, чем быстрее происходит кровотечение. При одинаковой его интенсивности функциональные расстройства зависят от размеров (объема) кровопотери и состояния организма до

травмы, возраста потерпевшего, массы тела и т.п. В связи с этим, количество потерянной крови, опасное для жизни человека не является постоянным и одинаковым. Тем не менее, кровопотерю более 1500-2000 мл. следует считать массивной, создающей конкретную угрозу и опасность для жизни человека.

Коллапс - острая сосудистая недостаточность, характеризующаяся развитием торможения в сосудисто-двигательном центре и других отделах ЦНС, резким снижением артериального давления (АД) и венозного давления (ВД). Клинические признаки коллапса весьма разнообразны: общая слабость, неподвижное положение тела. Сознание нередко затемнено, больной безучастен, едва отвечает на вопросы. Отмечается бледность видимых слизистых оболочек и кожных покровов. Видимые вены спавшие, конечности холодные. Глаза ввалившиеся, тусклые. Пульс слабый, частый. АД и ВД понижено. Язык сухой, температура тела понижена (до 35 градусов и ниже).

Тяжелый коллапс с потерей сознания иногда сопровождается непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией.

Острая почечная недостаточность (ОПН) является клинико-аналитическим понятием, заменившим термин «острая анурия», «острая уремия» (наиболее употребительные синонимы: некронефроз, гемоглобинурийный нефроз, «шоковая» почка, токсикоинфекционная почка).

Этиологические (причинные факторы) ОПН подразделяют на 9 основных групп:

1. Снижение АД, шок, уменьшение количества циркулируемой крови;
2. Гемолиз и миолиз вследствие переливания несовместимой крови, ожогов, синдрома раздавливания;
3. Потеря электролитов, обезвоживание (рвота, понос, ожоги);
4. Эндогенные интоксикации (кишечная непроходимость, перитонит, гепаторенальный синдром);
5. Нефротоксикоз (отравление нефротоксическими ядами);
6. Токсико-аллергические осложнения (после применения антибиотиков, сульфаниламидных препаратов и др.);

7. Инфекции (септический аборт, сепсис, пневмония и др.);
8. Процессы, приводящие к окклюзии (непроходимости) мочевыводящих путей (опухоли, камни мочеточников, аденома и рак предстательной железы);
9. Почечные заболевания (гломерулонефрит, пиелонефрит, мочекаменная болезнь);

Причины ОПН могут комбинироваться в различных вариантах.

В клиническом течении ОПН выделяют 4 стадии: начальная, олигоанурическая, стадия восстановления диуреза, стадия выздоровления. Наиболее важна и опасна первая стадия – первоначальная (шоковая, фаза агрессии), длительностью 1-2 дня. Симптомы ее определяются процессом, который приводит к ОПН и может закончиться смертью в первые часы и дни (травматический и ожоговый шок, гемотрансфузионный шок – вследствие переливания крови и т.д.). Одним из основных признаков первой стадии является кратковременный или длительный циркуляторный коллапс с падением АД иногда до низких цифр (50/0 мм. рт. ст.). Падает суточный диурез (до 500-600 мл. мочи). Остальные признаки маскируются тяжестью основного повреждения (заболевания) или шока.

Острая дыхательная недостаточность является, как правило, следствием нарушения проходимости дыхательных путей. Развивающиеся при этом удушье – асфиксия является угрожающим жизни патологическим состоянием, обусловленным остро или подостро возникающим недостатком кислорода в крови и одновременным накоплением в организме углекислоты. Проявляется тяжелым симптомокомплексом расстройств жизненно важных функций организма, главным образом деятельности ЦНС, дыхания и кровообращения. Принято различать четыре стадии (фазы) развития асфиксии:

- 1 стадия инспираторной одышки
- 2 стадия экспираторной одышки
- 3 стадия кратковременной остановки дыхания (терминальная пауза)
- 4 стадия терминальных (агональных) дыхательных движений.

Затем следует остановка дыхания вследствие паралича дыхательного центра. Сердечные сокращения могут продолжаться еще какое-то время (по данным отдельных авторов до 20-30 минут).

Клиническая картина и темп развития асфиксии существенно зависят от причиненного фактора, вызвавшего его состояние. При внезапном полном прекращении вентиляции легких длительность асфиксии обычно составляет около 5-7 минут.

Опасным для жизни следует считать третью и четвертую стадию (фазу) механической асфиксии, когда развивается комплекс угрожающих жизни явлений.

У лиц с «прерванной» асфиксией в постасфиктическом периоде сохраняется ряд расстройств, главным из которых являются нарушения ЦНС, дыхания и сердечной деятельности.

В случаях, когда у спасенных сознание полностью отсутствовало более суток, оно, как правило, уже не восстанавливалось, а потерпевшие умирали через различные сроки.

Диагностика бывшей асфиксии должна базироваться на комплексе данных, полученных при клиническом обследовании лиц в постасфиктическом состоянии. Эти данные необходимо критически сопоставлять с имеющимися следственными материалами и показаниями потерпевших.

2.3. Неопасный для жизни вред здоровью (повреждения), относящийся к тяжкому по последствиям и исходу.

2.3.1. Потеря зрения, слуха или какого-либо органа, либо утрата органом его функции.

Под потерей зрения следует понимать полную стойкую слепоту на оба глаза или такое состояние, при котором человек не различает счета пальцев на расстоянии двух метров и менее (или до светоощущения). Такое состояние соответствует понижению зрения до остроты 0,04 и ниже.

Потеря зрения на один глаз влечет за собой стойкую утрату общей трудоспособности свыше одной трети (более 33%) и по этому признаку относится к тяжкому вреду здоровью.

Повреждение слепого (практически не зрячего) глаза, потребовавшего энуклеацию (удаление) глазного яблока, оценивается в зависимости от длительности расстройства здоровья (срока лечения).

Под потерей слуха следует понимать полную стойкую глухоту на оба уха, или такое необратимое состояние, при котором потерпевший не слышит разговорной речи на расстоянии 3-5см. от ушной раковины.

Потеря слуха на одно ухо влечет за собой стойкую утрату общей трудоспособности более одной трети и по этому признаку относится к тяжкому вреду здоровью.

При определении тяжести вреда здоровью по признаку потери зрения или слуха не учитывается возможность улучшения данных их функций (зрения, слуха) с помощью медико-технических средств (корректирующие очки, слуховые аппараты, пластические хирургические операции и т.п.).

Под потерей какого либо органа, либо утратой органом его функции следует понимать:

1. Потерю ноги или руки, т.е. травматическое отделение их от туловища или утрату ими функций (паралич или иное состояние, исключающее их деятельность);

Под анатомической потерей ноги или руки следует понимать как отделение от туловища всей ноги или руки, так и ампутацию на уровне не ниже коленного или локтевого суставов; все остальные случаи должны расцениваться как потеря части конечности. Потеря стопы или кисти влечет за собой стойкую утрату общей трудоспособности, более одной трети и по этому признаку, относится к тяжкому вреду здоровью;

2 Под потерей языка (речи) следует понимать полную его травматическую ампутацию или отделение его части, приводящее к потери способности потерпевшего (либо другого лица) выражать свои мысли

членораздельными звуками (слогами), понятными для окружающих, либо состояние с потерей голоса;

3. Потерю производительной способности при повреждении половых органов, под которой понимают потерю способности к совокуплению, либо потерю способности к оплодотворению, зачатию, вынашиванию и деторождению (родаразрешению).

2.3.2. Душевная болезнь.

Диагностика психического расстройства (душевного заболевания) и его причинная связь с полученной травмой устанавливается судебно-психиатрической экспертизой.

Оценку тяжести вреда здоровью, повлекшего за собой психическое расстройство (душевную болезнь) производят после проведения судебно-психиатрической экспертизы судебно-медицинский эксперт (эксперты) с участием врача-психиатра.

Тяжесть психического заболевания, являющаяся самостоятельным проявлением вреда здоровью, определяет судебно-психиатрическая экспертиза.

2.3.3. Расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности не менее чем на одну треть.

Размеры стойкой утраты общей трудоспособности при повреждениях устанавливаются после определившегося исхода травмы (заболевания, состояния) на основании объективных данных медицинской документации и с учетом таблицы трудоспособности, разработанной Главным управлением государственного страхования финансов СССР (см. приложение).

К тяжелому вреду здоровью относятся повреждения, заболевания, а также патологические состояния, повлекшие за собой стойкую утрату общей трудоспособности не менее (более) чем на одну треть.

У детей утрата трудоспособности определяется, исходя из общих положений.

У инвалидов стойкая утрата трудоспособности в связи с полученными повреждениями определяется как у практически здоровых людей, независимо от группы инвалидности.

2.3.4. Прерывание беременности.

Аборт или преждевременные роды, независимо от срока беременности являются тяжким вредом здоровью, если они обусловлены индивидуальными способностями или заболеваниями организма беременной женщины (освидетельствуемой), а находится в прямой причинной связи с внешним травмирующим воздействием.

В этих случаях судебно-медицинская экспертиза производится, как правило, комиссионно с участием специалиста в области акушерства и гинекологии. До начала производства экспертизы следователем, назначившем ее, должна быть предоставлена вся медицинская документация на освидетельствуемую, с полным содержанием акушерско-гинекологического анамнеза (истории).

Установление самого факта прерывания беременности обычно не составляет особого труда. Значительно сложнее установить причинную связь между травмой и прерыванием беременности. Главное во время проведения судебно-медицинской экспертизы установить, явилось ли прерывание беременности прямым следствием травмы или оно лишь по времени совпало с травмой и вызвано другими причинами (патология беременности и т.п.). Для решения данного вопроса иногда необходимо стационарное обследование свидетельствуемой.

2.3.5. Неизгладимое обезображение лица.

Неизгладимое обезображение лица относится к тяжкому вреду здоровью. Поскольку обезображение не является медицинским понятием, то, следовательно, не существует медицинских критериев, на основании которых можно было бы в каждом конкретном случае решить вопрос, имеет ли место обезображения лица или нет.

Учитывая это, судебно-медицинский эксперт не может и не имеет право решать вопрос о наличии обезображения лица, решение данного вопроса входит только в компетенцию суда.

При расположении телесных повреждений на лице эксперт определяет его точную анатомическую локализацию, характер, механизм образования и характер травмирующего предмета, давности его образования и тяжесть вреда здоровью, руководствуясь при этом общепринятыми в судебной медицине признаками (критериями) и, в то же время, не выходя за рамки УК РФ.

Судебно-медицинскому эксперту, впрочем, как и следователю, необходимо четко представлять и знать анатомические границы лица.

Если повреждение располагается на лице, то эксперт, кроме ответов на обычно решаемые вопросы должен обязательно указать в своем заключении на изгладимость или неизгладимость повреждения.

Под изгладимость следует понимать значительное уменьшение выраженности патологических изменений (рубцов, деформаций, нарушение мимики и пр.) с течением времени или под влиянием (воздействием) нехирургических средств и других методов лечения. Если же для устранения патологических изменений требуются оперативные (хирургические) вмешательства (например, косметические операции), то такие повреждения в области лица считаются неизгладимыми.

2.3.6. Заболевание наркоманией, токсикоманией.

Оценку тяжести вреда здоровью, повлекшего за собой наркоманию или токсикоманию, производят после проведения судебно-наркологической или судебно-токсикологической экспертиз, которые проводятся комиссионно с участием судебных медиков и привлечения в состав комиссии специалистов – нарколога, токсиколога.

Не исключена в подобных случаях возможность стационарного обследования свидетелеваемого.

2.3.7. Утрата профессиональной трудоспособности.

Судебно-медицинским экспертам нередко приходится устанавливать степень стойкой утраты общей трудоспособности при квалификации тяжести вреда здоровью телесного повреждения, когда тяжесть его определяется не по опасным для жизни, а по исходу повреждения, поскольку размер стойкой утраты трудоспособности является критерием (признаком) его тяжести.

Необходимость в определении размера стойкой утраты общей и профессиональной трудоспособности возникает, когда становится вопрос о возмещении вреда здоровью, причиненного повреждением в связи с бытовыми, транспортными или производственными травмами, а также при гражданских исках к родителям на содержание детей, к детям от больных или нетрудоспособных родителей, в бракоразводных делах и т.п.

В соответствии с действующим уголовным, гражданским и трудовым законодательствами, возмещение вреда, который причиняется здоровью повреждением, производится путем возмещения убытков, которые несет пострадавший в связи с потерей или уменьшением заработной платы. Размер убытков в свою очередь зависит от степени утраты общей или профессиональной трудоспособности субъектом, пострадавшим от повреждения.

Экспертные комиссии, работающие при Бюро судебной-медицинской экспертизы, состоят из судебно-медицинского эксперта (экспертов) и опытных врачей других специальностей (хирургов, терапевтов, невропатологов и др.). В задачу этих комиссии входит решение вопроса о наличии стойкой утраты общей (профессиональной) трудоспособности и ее размер, установление причинной связи между травмой и степенью утраты трудоспособности, о необходимости санаторно-курортного лечения, дополнительного питания, постороннего ухода, протезирования и др.

Экспертизы установления стойкой утраты трудоспособности общей и профессиональной трудоспособности производятся по определению суда.

Трудоспособность – понятие биосоциальное, так как оно зависит не только от физических и духовных способностей человека, но и тех общественных и социальных условий, в которых осуществляется его производственная (трудо-

вая) деятельность. Поэтому следует различать общую трудоспособность - способность к неквалифицированному труду; профессиональную трудоспособность – способность к труду в определенной профессии; специальную способность к труду не только в определенной профессии, но и определенных условиях.

В результате утраты трудоспособности развивается нетрудоспособность, которая может быть либо стойкой (постоянной), либо временной.

Стойкая утрата трудоспособности в т.ч. профессиональной и ее размеры определяются, кроме судебно-медицинских экспертных комиссий, также и медико-социальными экспертными комиссиями (МСЭК), в задачу которой входит определение стойкой утраты профессиональной трудоспособности, наступившей в результате заболеваний или травм, полученных только в связи с производственной деятельностью.

Заключение

Предлагаемые методические рекомендации по определению степени тяжести вреда здоровью содержат полный перечень признаков тяжкого вреда здоровью, дается научно-обоснованное медицинское толкование каждого отдельного признака. Предложенное изложение материала позволит сотрудникам следственных органов достаточно профессионально определять квалифицирующий признак при возбуждении уголовных дел по статье 111 УК РФ.

ТАБЛИЦА ПРОЦЕНТОВ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАЗЛИЧНЫХ ТРАВМ

№ п/п	Последствия различных травм	Процент стойкой утраты трудоспо- собности
1	2	3
ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА		
1.	Остаточные явления тяжелой черепно-мозговой травмы: частые эпилептические припадки (не реже одного раза в неделю), выраженное слабоумие, параличи, нарушение процессов узнавания (агнозия), нарушение целенаправленного действия (апраксия), резкое нарушение речи (афазия), отсутствие координации движений (атаксия), резкие вестибулярные и мозжечковые расстройства.	100
2.	Остаточные явления тяжелой черепно-мозговой травмы: значительное расстройство объема движений и силы в конечностях, резкое или значительное нарушение координации, значительное расстройство тонуса мышц, значительное ослабление памяти и снижение интеллекта, частые эпилептические припадки (не реже одного раза в месяц).	75
3.	Остаточные явления тяжелой черепно-мозговой травмы (повреждения костей свода и основания черепа, эпидуральных и субдуральных гематом, субарахноидальных кровоизлияний, ушиба головного мозга), а также наличие трепанационного дефекта, в т.ч. и закрытого пластикой:	
а)	Органическое поражение нескольких черепно-мозговых нервов, значительное нарушение координации, выраженное повышение тонуса мышц и силы в конечностях, снижение интеллекта, ослабление памяти, эпилептические припадки (4-10 раз в год), наличие трепанационного дефекта площадью не менее 20 см ² .	60
б)	Органическое поражение нескольких черепно-мозговых нервов, умеренное нарушение координации, умеренное повышение тонуса мышц и силы в конечностях, Нерезко выраженные двигательные расстройства, редкие эпилептические припадки (2-3 раза в год), наличие трепанационного дефекта площадью не менее 10 см ² .	45

1	2	3
в)	Органическое поражение нескольких черепно-мозговых нервов, расстройство обоняния, вкуса, легкие нарушения координации, легкое повышение тонуса мышц и силы в конечностях, умеренные двигательные расстройства, умеренные нарушения чувствительности, единичные эпилептические припадки, наличие трепанационного дефекта площадью не менее 4 см ²	30
4.	Остаточные явления черепно-мозговой травмы, перелома костей свода черепа, ушибы мозга, эпидуральной гематомы субарахноидального кровоизлияния:	
а)	Отдельные очаговые симптомы – неравенство глазных щелей, отклонение языка, нистагм, сглаженность носогубной складки и др. , а также трепанационный дефект площадью не менее 4 см ²	20
б)	Вегетативные симптомы – тремор век и пальцев рук, высокие сухожильные рефлексy, вазомоторные нарушения и др.	15
5.	Остаточные явления сотрясения головного мозга:	
а)	Отдельные объективные признаки - сглаженность носогубной складки неравенство глазных щелей, отклонение языка и др.	10
б)	Вегетативные симптомы установленные при освидетельствовании – выраженный тремор век и пальцев рук, высокие сухожильные рефлексy, вазомоторные нарушения (вегето-сосудистая дистония)	
6.	Нарушение функции спинного мозга на уровне шейного, грудного или поясничного отделов позвоночника:	
а)	Грубые расстройства чувствительности, движений в конечностях (пара- и тетраплегии), резкие нарушения функции тазовых органов, грубые нарушения трофики, нарушения сердечно – сосудистой деятельности и дыхания	100
б)	Значительные расстройства чувствительности, движений в конечностях (выраженные монопарезы или умеренно выраженные монопарезы), нерезко выраженная спастичность нарушения трофики и функции тазовых органов.	60

в)	Умеренные нарушения чувствительности сухожильных рефлексов лёгкие монопарезы корешкового или спинального характера не резко выраженные атрофии мышц и нарушения движений умеренные нарушения трофики и функции тазовых органов.	40		
г)	Частичное нарушение проводниковой функции спинного мозга с лёгкими расстройствами чувствительности сухожильных рефлексов без нарушений движений в конечностях а также функции тазовых органов и трофики.	15		
7.	Нарушение функции конского хвоста:			
а)	Резкие нарушения чувствительности в зоне иннервации соответствующего корешка или группы корешков выпадение движений значительное нарушение функции тазовых органов трофические расстройства (язвы цианоз отёки).	40		
б)	Значительные расстройства чувствительности гиперпатия гипералгезия выраженный болевой синдром нарушение рефлекторной (дуги снижение или выпадение рефлексов) грубая атрофия мышц соответственно иннервации области корешков умеренные вегетативные расстройства (похолодание конечностей) умеренные нарушения функции тазовых органов.	20		
в)	Лёгкие расстройства чувствительности без нарушения рефлексов и движений в конечностях без нарушения трофики и функции тазовых органов (болевой синдром).	5		
8.	Травматический радикулит различной локализации в результате прямой травмы позвоночника.	5		
9.	Нарушение функции тройничного лицевого и подъязычного нервов (при периферических повреждениях):			
а)	Лёгкая степень - умеренные нарушения функции	-		
б)	Средняя степень - значительные нарушения функции	15		
в)	Сильная степень - резкие нарушения функции	20		
10.	Нарушения функции шейного и плечевого сплетений и их нервов:		Прав.	Лев.
а)	Лёгкое нарушение чувствительности и рефлексов без двигательных расстройств атрофий парезов контрактур.	5	5	5
б)	Лёгкое выпадение движений снижение силы чувствительности Нерезко выраженная атрофия мышц.	15	10	10
1	2	3		

	Прав.	Лев.
в) Значительное выпадение движений значительное снижение силы и расстройство чувствительности значительная атрофия мышц.	25	20
г) Резкие нарушения движений чувствительности нарушения трофики трофические язвы.	40	30
11. Нарушение функции поясничного и крестцового сплетений и их нервов:		
а) Лёгкие нарушения чувствительности и рефлексов без двигательных расстройств атрофий парезов контрактур.	5	
б) Лёгкое выпадение движений снижение силы чувствительности Резко выраженная атрофия мышц.	10	
в) Значительное выпадение движений значительное снижение силы расстройство чувствительности значительная атрофия мышц.	25	
г) Резкие нарушения движений чувствительности трофики трофические язвы.	40	
ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ		
12. Паралич аккомодации:		
а) Одного глаза	15	
б) Обоих глаз	30	
13. Одноимённая гемианопсия	30	
14. Концентрическое сужение поля зрения:		
а) В каждом до 60°	10	
б) глазу до 30°	20	
в) до 5°	30	
15. Опущение века (птоз) и другие параличи глазных мышц дефект век мешающий закрытию глазной щели а также сращение век:		
а) Одного глаза В средней степени (веко закрывает верхнюю половину зрачка).	10	
В сильной степени (веко закрывает зрачок полностью).	20	
б) Обоих глаз В средней степени (веки закрывают верхние половины зрачков).	25	
В сильной степени (веки закрывают зрачки полностью).	50	
16. Пульсирующий экзофтальм		
1. Одного глаза:		
а) Лёгкая степень - умеренно выраженный	20	
б) Средняя степень - значительно выраженный	30	
в) Сильная степень - резко выраженный	40	

1	2	3
	2. Обоих глаз:	
а)	Лёгкая степень - умеренно выраженный	35
б)	Средняя степень - значительно выраженный	60
в)	Сильная степень - резко выраженный	85
17.	Конъюнктивит (кератит) установленный при освидетельствовании	
а)	Одного глаза.	5
б)	Обоих глаз.	10
18.	Иридоциклит или хориоретинит:	
	Одного глаза.	10
	Обоих глаз.	20
19.	Нарушение функции слезопроводящих путей:	
а)	Рубцовая непроходимость слёзных каналов или слёзно-носового канала	10
б)	Травматический дакриоцистит	20
20.	Полная потеря зрения:	
а)	Единственного глаза обладавшего зрением	65
б)	Обоих глаз обладавших зрением	100
21.	Удаление в результате травмы глазного яблока не обладавшего зрением	-
22.	Последствия перелома орбиты:	
а)	Без повреждения мышц и смещения глазного яблока	10
б)	С повреждением мышц и смещением глазного яблока	20
23.	Снижение остроты зрения каждого глаза в результате прямой травмы	

Острота зрения		Процент постоянной утраты общей трудоспособности	Острота зрения		Процент постоянной утраты общей трудоспособности	Острота зрения		Процент постоянной утраты общей трудоспособности		
до травмы	после травмы		до травмы	после травмы		до травмы	после травмы			
	0,9	4		0,5	4		0,2	4		
	0,8	5	0,7	4	0,4	5	0,1	5		
	0,7	5	0,6	5	0,3	5	0,3	0,1	10	
	0,6	5	0,5	10	0,2	10	0,0	15		
	0,5	10	0,4	10	0,6	0,1	15	0,1	4	
1,0	0,4	10	0,8	0,3	15	0,1	20	0,2	0,1	10
	0,3	15	0,2	20	0,0	25	0,0	15		
	0,2	20	0,1	25	0,4	4	0,1	0,1	5	
	0,1	25	0,1	30	0,3	5	0,0	10		
	0,1	30	0,0	35	0,5	0,2	5	Ни		
	0,0	35			0,1	10	же	0,0	10	
	0,8	4	0,6	4	0,1	15	0,1			
	0,7	5	0,5	5	0,0	20				

	0,6	5	0,7	0,4	10	0,3	4
0,9	0,5	10		0,3	10	0,4	0,2
1					2		3
	0,4	10		0,2	15	0,1	10
	0,3	15		0,1	20	0,4	0,1
	0,2	20	0,7	0,1	25	0,2	20
0,9	0,1	25		0,0	30		
	0,1	30					
	0,0	35					

Примечание: К полной слепоте (0,0) приравнивается острота зрения ниже 0,001 м до светоощущения (счет пальцев у лица).

ОРГАНЫ СЛУХА

- | | | |
|-----|---|----|
| 24. | Посттравматическое гнойное воспаление среднего уха (типа мезотимпанита) | 10 |
| 25. | Посттравматический эпитимпанит или эпитимпанит, осложненный холестеатомой, грануляциями | 20 |
| 26. | Объективные нарушения вестибулярной функции в результате травмы: | |
| а) | Легкая степень – неуверенность походки, головокружение при поворотах головы и наклонах туловища. | 10 |
| б) | Средняя степень – бледность, приступы головокружения с тошнотой и рвотой (не реже 6 раз в год), неуверенность походки. | 30 |
| в) | Сильная степень – многократные, продолжительные приступы головокружения с выраженными вегетативными реакциями, неуверенность походки. | 50 |
| 27. | Отсутствие 2-х ушных раковин | 25 |
| 28. | Понижение слуха одного уха: | |
| а) | Шепотная речь на расстоянии не более одного метра, разговорная – от 1 до 3 м., понижение слуха на 30-50дб, на частотах 500, 1000, 2000, 4000 Гц | 5 |
| б) | Шепотная речь - 0, разговорная речь одного метра., понижение слуха на 60-80дб, на частотах 500, 1000, 2000, 4000 Гц | 15 |
| в) | Полная глухота - шепотная речь и разговорная речь – 0 | 25 |

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

- | | | |
|-----|---|----|
| 29. | Отсутствие носа (костей, хряща и мягких тканей) | 30 |
| 30. | Отсутствие мягких частей носа (крыльев и кончика) | 15 |
| 31. | Нарушение носового дыхания: | |
| а) | Средняя степень – значительное, одностороннее умеренное двухстороннее | 10 |
| б) | Сильная степень – резкое, одностороннее значительное двухстороннее | 15 |

нения сердца его оболочек или крупных магистральных сосудов:

а)	1 степень – учащение пульса одышка после физической нагрузки увеличение размеров сердца отёки	30
1	2	3
б)	2 степени – значительная одышка застойные явления в лёгких и печени постоянные отёки асцит набухание в легких и печени, постоянные отеки, асцит, набухание век и шеи	60
в)	3 степени – нарушение ритма дыхания застойные явления в лёгких выпот в полости плевры кровохаркание выпот в сердечной сорочке асцит цирроз печени и др.	90
39.	Нарушение кровообращения вследствие повреждения крупных периферических сосудов:	
а)	Лёгкая степень – умеренная отёчность снижение пульсации	10
б)	Средняя степень – значительная отёчность синюшность резкое ослабление пульсации	15
в)	Сильная степень – резкая отёчность синюшность лимфостаз трофические нарушения язвы	20
ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ		
40.	Нарушения акта жевания в результате перелома скуловой кости верхней или нижней челюсти, а также вывиха нижней челюсти:	
а)	Лёгкая степень – умеренное нарушение прикуса и акта жевания	10
б)	Средняя степень – значительное нарушение прикуса и акта жевания	15
в)	Сильная степень – резкое нарушение прикуса и открывания рта деформация челюсти	20
41.	Отсутствие части верхней или нижней челюсти	40
42.	Отсутствие челюсти	80
Примечание: проценты постоянной утраты общей трудоспособности указанные в п.41-42 учитывают потерю зубов (независимо от их количества)		
43.	Отсутствие языка:	
а)	На уровне дистальной трети	15
б)	На уровне средней трети	35
в)	Полное	70
44.	Потеря постоянных зубов:	
	1 зуба	-
	2-3 зубов	-
	4-6 зубов	-

7-10 зубов	-
11 и более зубов	-

Примечания: 1. перелом зуба в результате травмы приравнивается к его потере
2. при потере зубов в результате перелома челюсти процент утраты трудоспособности определяется по п.40 или п.44 путём суммирования.

45. Сужение рта образование слюнной фистулы:		
а) лёгкая степень		10
1	2	3
б) средняя степень		20
в) сильная степень		30
46. Сужение пищевода или глотки в результате ожога или ранения:		
а) Умеренное – затруднённое при прохождении твёрдой пищи		25
б) Значительное – затруднение при прохождении мягкой пищи		40
в) Резкое – затруднение при прохождении жидкой пищи		70
г) Непроходимость (гастростома)		90
47. Нарушение функции желудочно-кишечного тракта:		
а) Диспептические расстройства гастрит панкреатит энтерит колит		15
б) Спаечная болезнь спаечная непроходимость (состояние после операции по поводу спаечной непроходимости)		30
в) Кишечный свищ		50
г) Противоестественный задний проход		75
48. Повреждение печени в результате травмы или удаление желчного пузыря гепатит развившийся в результате острого отравления		20
49. Удаление части печени в результате травмы		35
50. Удаление селезёнки в результате травмы		30
51. Удаление желудка в результате травмы		80
52. Удаление части желудка поджелудочной железы или кишечника		30

МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА

53. Удаление почки		
54. Нарушение функции мочевыделительной системы:		
а) цистит уретрит умеренное сужение мочеточника мочеиспускательного канала ушивание стенки мочевого пузыря		10
б) значительное сужение мочеточника мочеиспускательного канала уменьшение объёма мочевого пузыря удаление части почки.		25
в) мочеполовые свищи непроходимость мочеточника мочеиспускательного канала		40
55. Последствия повреждений органов половой системы с		15, 30,

учетом тяжести повреждения 50

МЯГКИЕ ТКАНИ

56. Рубцы в результате ожогов отморожений или ранений расположенные на лице или переднебоковой поверхности шеи:

а) сильная степень 25

Примечание: область лица имеет условные границы верхняя – край волосистого покрова головы, боковая – передний край основания ушной раковины задний край

1 2 3

ветви нижней челюсти. нижняя – угол и нижний край тела нижней части.

57. Наличие на туловище и конечностях рубцов образовавшихся в результате различных травм:

а) площадью 1-2 10

б) площадью 3-4 15

в) площадью 5-10 25

г) площадью более 10% 35

Примечание: 1. один процент поверхности тела равен площади ладонной поверхности кисти и пальцев исследуемого

2. при нарушении функции вызванной наличием рубцов п.57 не применяется. в этих случаях следует применять соответствующие таблицы с учётом степени функциональных нарушений.

3. при определении площади рубцов следует учитывать и рубцы образовавшиеся на месте для замещения дефекта пораженного участка кожи.

ОПОРНО – ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ

58. Нарушение функции позвоночника в результате травмы любого его отдела (за исключением копчика):

а) лёгкая степень – умеренное ограничение подвижности без деформации с умеренно выраженным болевым синдромом 15

б) средняя степень – значительное ограничение подвижности умеренная деформация болевой синдром 30

в) сильная степень – резкое ограничение подвижности значительная деформация болевой синдром. 50

59. Удаление копчика или его части в результате травмы 20

ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ

Лопатка и ключица

60. Нарушение функции плечевого пояса в результате перелома лопатки ключицы разрыва ключично-акромиального или грудинно-ключичного сочленений:

Прав. Лев.

а) лёгкая степень – умеренная деформация гипотрофия мышц снижение силы конечности умеренное ограничение движений в плечевом суставе 10 10

б) средняя степень – значительная деформация гипотрофия значительное ограничение движений в плечевом

суставе.	20	15
в) сильная степень – резкая деформация резкая атрофия мышц плечевого пояса резкое ограничение движения в плечевом суставе.	25	20

Плечевой сустав

61. Анкилоз (неподвижность) плечевого сустава	40	30
62. Болтающийся плечевой сустав в результате резекции части плечевой кости или лопатки в связи с травмой.	50	55
63. Ограничение движений в плечевом суставе		
1	2	3

контрактура:

а) лёгкая степень – умеренно выраженная контрактура.	10	10
б) средняя степень – значительно выраженная контрактура.	20	15
в) сильная степень – резко выраженная контрактура.	30	25

Примечание: объём движений в плечевом суставе в норме отведение руки вперёд сгибание-180° отведение руки назад разгибание-60° - 70° отведение руки в сторону-180° Ротация: внутренняя-90° наружная-50°

64. Привычный вывих плеча	20	15
---------------------------	----	----

Примечание: при вывихе плеча повлекшим за собой нарушение функции плечевого сустава процент постоянной утраты общей трудоспособности определяется по п.63.

Плечо

65. Отсутствие верхней конечности и лопатки \или части её \	80	75
66. Отсутствие верхней конечности после экзартикуляции в плечевом суставе или культя на уровне верхней трети плеча.	75	70
67. Культя плеча на уровне средней или нижней трети.	70	65
68. Ложный сустав или несросшийся перелом плечевой кости\см.п.41\	40	35

Локтевой сустав

69. Болтающийся локтевой сустав в результате резекции костей составляющих его.	50	40
70. Анкилоз \неподвижность\ локтевого сустава:		
а) в функционально выгодном положении \угол от 60° до 90° \	35	30
б) в функционально невыгодном положении \угол меньше 60° или больше 90° \	40	35
71. Ограничение движений в локтевом суставе \контрактура\:		
а) лёгкая степень-умеренно выраженная контрактура.	10	10
б) средняя степень-значительно выраженная контрактура.	20	15
в) сильная степень—резко выраженная контрактура.	30	25

Примечание: объём движений в локтевом суставе в норме сгибание-30-40° разгибание-180° ротация-180°

	нарушение хватательной способности):		
а)	лёгкая степень – умеренно выраженное	10	5
б)	средняя степень – значительно выраженное	15	10
в)	сильная степень – резко выраженное	20	15
	Пальцы кисти		
	Первый (большой) палец		
81.	Значительные дефекты мягких тканей ногтевой фаланги, вызвавшие ее деформацию	5	5
82.	Культя на уровне:		
а)	Ногтевой фаланги	10	10
б)	Межфалангового сустава	15	15
1			3
в)	Основной фаланги	20	15
83.	Отсутствие пальца	25	25
84.	Отсутствие пальца с пястной костью ее	30	25
85.	Анкилоз (неподвижность) межфалангового сустава:		
а)	В функционально выгодном (полусогнутом) положении пальца	15	10
б)	В функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении пальца	20	15
86.	Анкилоз (неподвижность) двух суставов:		
а)	В функционально выгодном (полусогнутом) положении пальца	15	10
б)	В функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении пальца	20	15
87.	Анкилоз (неподвижность) запястно-пястного сустава и двух суставов пальца:		
а)	В функционально выгодном (полусогнутом) положении пальца	20	15
б)	В функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении пальца	25	20
88.	Нарушение функции пальца вследствие контрактуры:		
а)	Умеренно выраженной или тугоподвижности	10	10
б)	Значительно выраженной в функционально выгодном (полусогнутом) положении	15	10
в)	Резко выраженном в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении пальца	20	15
	Второй (указательный) палец		
89.	Значительные дефекты мягких тканей ногтевой фаланги, вызвавшие ее деформацию, а также культя на уровне дистальной половины ногтевой фаланги	5	5
90.	Культя на уровне:		
а)	Проксимальной половины ногтевой фаланги или второго (дистального) межфалангового сустава	10	10
б)	Средней фаланги или первого (проксимального) меж-		

	фалангового сустава	15	10
в)	Основной фаланги или пястно-фалангового сустава (отсутствие пальца)	20	15
91.	Отсутствие пальца с пястной костью или частью её	25	20
92.	Нарушение функции пальца:		
а)	Умеренно выраженная контрактура или тугоподвижность суставов или сустава пальца, а также анкилоз второго (дистального) сустава	10	5
б)	Контрактура пальца в функционально выгодном (полу-согнутом) положении, а также анкилоз первого (проксимального) или пястно-фалангового сустава	15	10
1	2	3	
в)	Контрактура пальца в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении, а также анкилоз двух или трех суставов	20	15
	Третий (средний), Четвертый (безымянный), или пятый (мизинец) пальцы		
93.	Культия на уровне:		
а)	ногтевой фаланги или второго (дистального) межфалангового сустава	5	5
б)	Средней фаланги или первого (проксимального) межфалангового сустава	10	10
в)	Основной фаланги или пястно-фалангового сустава (отсутствие пальца)	15	10
94.	Отсутствие пальца с пястной костью или частью её	15	15
95.	Нарушение функции пальца:		
а)	Умеренно выраженная контрактура или тугоподвижность суставов или сустава пальца, а также анкилоз второго (дистального) сустава	5	5
б)	Контрактура пальца в функционально выгодном (полу-согнутом) положении, а также анкилоз первого (проксимального) или пястно-фалангового сустава	10	10
в)	Контрактура пальца в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении, а также анкилоз двух или трех суставов	15	15

ТАЗ

96.	Нарушение функций таза в результате перелома костей, разрыва лонного или крестцово-подвздошного сочленений:	
а)	лёгкая степень – умеренное нарушение статики	20
б)	средняя степень – значительное нарушение статики, ограничение движений в тазобедренном суставе	30
в)	сильная степень – значительное нарушение статики, ограничение движений в обоих тазобедренных суставах	50

НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ

тава, разрыв связок, вывих стопы без нарушения функций сустава на день освидетельствования -

СТОПА

- 115 Отсутствие стопы в результате экзартикуляции в голеностопном суставе или ампутации на уровне предплюсны, пяточной или таранной области 40
- 116 Отсутствие дистального отдела стопы в результате ампутации на уровне плюсневых костей 30
- 117 Нарушение функции стопы в результате перелома таранной или пяточной кости, подтаранного вывиха стопы:
- а) лёгкая степень – умеренное нарушение статики, отечность, болевой синдром 10
- | | | |
|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
- б) средняя степень–значительное нарушение статики, выраженный болевой синдром, отечность, деформация, умеренное ограничение движений в голеностопном суставе 15
 - в) сильная степень – резкое нарушение статики, болевой синдром, отечность, значительное ограничение движений в голеностопном суставе, выраженная деформация 25
- 118 Нарушение функции стопы в результате её травмы (перелома костей, вывиха, ранения, ожога, отморожения) :
- а) лёгкая степень – умеренное нарушение статики, отечность, болевой синдром 10
 - б) средняя степень–значительное нарушение статики, выраженный болевой синдром, отечность, деформация, умеренное ограничение движений в голеностопном суставе 15
 - в) сильная степень – резкое нарушение статики, болевой синдром, отечность, значительное ограничение движений в голеностопном суставе, выраженная деформация 20

ПАЛЬЦЫ СТОПЫ

- 119 Отсутствие всех пальцев стопы в результате экзартикуляции в плюсне – фаланговых суставах или ампутации на уровне основных фаланг 25
- 120 Отсутствие первого пальца с плюсневой костью или частью её 15
- 121 Отсутствие первого пальца в результате экзартикуляции в плюсне – фаланговом суставе или культе на уровне основной фаланги 10

122	Нарушение функций в результате травмы или отсутствие ногтевой фаланги	5
123	Отсутствие какого-либо пальца стопы в результате экзартикуляции в плюсне – фаланговом суставе или культе на уровне основной фаланги (кроме первого)	5
124	Отсутствие пальца с плюсневой костью или частью её (кроме первого)	10
125	Нарушение функции пальцев или отсутствие одной - двух фаланг (кроме первого):	
	Одного - двух	5
	Трёх - четырех	10

Примечание: Если в результате перелома двух пальцев стопы (кроме первого) функция одного из них оказалась нарушенной, постоянная утрата общей трудоспособности определяется в размере 5 % по п.125

1	2	3
126	Посттравматические тромбофлебит, лимфостаз, нарушение трофики	
а)	лёгкая степень	5
б)	средняя степень	10
в)	сильная степень	15
127	Травматический остеомиелит, функционирующие свищи, нагноительные процессы	10