

РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
КАЗЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ
«ЦЕНТР СУДЕБНЫХ ЭКСПЕРТИЗ
МИНИСТЕРСТВА ЮСТИЦИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН»



МЕТОДИКА

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПОТЕРПЕВШИХ,
ПОДОЗРЕВАЕМЫХ И ДРУГИХ ЛИЦ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ
ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА**

(шифр специальности – 23.1)

Астана. 2025г.

ПАСПОРТ МЕТОДИКИ

1. Наименование методики	Методика судебно-медицинской экспертизы потерпевших, подозреваемых и других лиц для определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека
2. Шифр специальности методики	23.1 (17)
3. Информация о разработчиках методики (составителях)	Баймолдинов Е.С. - заместитель директора по научно-методическому обеспечению Центра судебных экспертиз МЮ РК; Закиров С.А. - заместитель директора по судебно-медицинским вопросам Института судебных экспертиз по области Абай; Айтказин Б.К. - директор Института судебных экспертиз по Павлодарской области.
4. Сущность методики	Алгоритм проведения судебно-медицинской экспертизы потерпевших, подозреваемых и других лиц для определения степени тяжести причиненного вреда здоровью
4.1 Объекты исследования	Человек, медицинские документы, материалы дела
4.2 Методы исследования	Визуальный осмотр, дополнительные лабораторные и инструментальные исследования, исследование материалов дела и медицинских документов
4.3 Краткое поэтапное описание методики	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ознакомление с предварительными сведениями об обстоятельствах дела из постановления/определения о назначении экспертизы, изучение представленных материалов и медицинских документов; 2. Планирование осмотра свидетельствуемого лица и ориентировочного набора дополнительных методов исследования; 3. Ознакомление с личностью свидетельствуемого лица, краткий сбор данных обстоятельств дела; 4. Непосредственный визуальный осмотр свидетельствуемого лица; 5. Описание (фиксация) телесных повреждений; 6. При необходимости направление органу (лицу), вынесшему постановление ходатайства о необходимости дополнительного обследования лица, предоставления

	<p>необходимых материалов дела, медицинских документов, включение профильных специалистов в состав членов экспертной комиссии;</p> <p>7. Оценка результатов лабораторно-инструментальных методов исследования</p> <p>8. Оформление Заключения эксперта</p>
5. Дата одобрения методики Ученым Советом ЦСЭ МЮ РК	Протокол № 1 от 19.03.2025г.
6. Информация о составителях паспорта методики	<p>Баймолдинов Е.С. - заместитель директора по научно-методическому обеспечению Центра судебных экспертиз МЮ РК</p> <p>Закиров С.А. - заместитель директора по судебно-медицинским вопросам Института судебных экспертиз по области Абай.</p> <p>Айтказин Б.К. - директор Института судебных экспертиз по Павлодарской области.</p>

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	5
1. Общая положения.....	5
2. Судебно-медицинские критерии квалифицирующих признаков тяжести вреда, причиненного здоровью человека.....	9
2.1 Тяжкий вред здоровью.....	9
2.2 Вред здоровью средней степени.....	19
2.3 Легкий вред здоровью.....	20
3. Стойкая утрата общей трудоспособности в результате Различных травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин.....	20
Приложение №1 к главе 4. Таблица стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин.....	23
Заключение.....	51
Список использованных источников.....	52

ВВЕДЕНИЕ

Судебно-медицинская экспертиза потерпевших, подозреваемых и других лиц для определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека является задачей судебно-медицинского эксперта, основываясь на специальных медицинских знаниях эксперта и применением им нормативных правовых актов, регламентирующих судебно-экспертную деятельность в Республике Казахстан.

Вред, причиненный здоровью человека, определяется в зависимости от степени его тяжести (легкий вред здоровью, вред здоровью средней тяжести, тяжкий вред здоровью) в соответствии с судебно-медицинскими критериями причиненного вреда здоровью, предусмотренными Уголовным кодексом Республики Казахстан.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Под вредом здоровью понимают нарушение анатомической целостности органов (тканей) или их физиологических функций (телесные повреждения), либо заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды: механических, физических, химических, биологических, психогенных, а также последствия, возникшие в результате дефектов оказания медицинской помощи, приведшие к расстройству здоровья или наступлению смерти.

2. Под расстройством здоровья следует понимать состояние организма, при котором выявляются клинически выраженные болезненные изменения местного и (или) общего характера, обусловленные конкретной травмой или заболеванием - когда имеется нарушение анатомической целостности или физиологической функции органов.

3. Расстройство здоровья состоит во временном нарушении функций органов и (или) систем органов, непосредственно связанное с повреждением, отравлением, заболеванием, патологическим состоянием, обусловившее временную нетрудоспособность.

4. Вред здоровью, непосредственно угрожающий жизни – это такое нарушение анатомических структур и физиологических функций организма человека, которое при своем обычном клиническом течении и при отсутствии лечения в подавляющем большинстве случаев завершается смертельным исходом, т.е., между повреждениями и последовавшим смертельным исходом существует прямая (не случайная) причинно-следственная связь.

5. Вред здоровью, вызвавший развитие угрожающего жизни состояния – это такое расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и без лечения обычно заканчивается смертью.

6. Угрожающие жизни состояния могут возникнуть через разные промежутки времени после причинения травмы: в одних случаях они возникают сразу (в момент нанесения), в других – спустя какое-то время (от нескольких минут до нескольких часов и даже суток). Возникновение угрожающего жизни состояния, независимо от промежутка времени,

прошедшего после причинения повреждения, должно находиться в прямой причинно-следственной связи с ним, причем эта связь не может носить случайный характер и зависеть от других обстоятельств.

7. О возникновении угрожающих жизни состояний, которые приведены в пунктах 36.2.1 – 36.2.8 судят по медицинским документам или по морфологическим данным.

8. Судебно-медицинская оценка тяжести вреда, причиненного здоровью человека, проводится судебно-медицинским экспертом путем установления медицинских критериев квалифицирующих признаков тяжести причиненного вреда здоровью человека в ходе визуального осмотра (экспертизы) живого лица, либо путем исследования (вскрытия) трупа.

9. Кроме этого, экспертиза тяжести причиненного вреда здоровью также может быть проведена по медицинским документам (карте стационарного больного, карте амбулаторного пациента (больного) и другим медицинским документам), в том числе по медицинским документам, распечатанным из информационных систем и ведомственных медицинских организаций. Экспертиза по медицинским документам проводится при наличии полного пакета документов, содержащих исчерпывающие данные о характере повреждения, его клиническом течении.

10. Экспертиза по выпискам из медицинской карты стационарного либо амбулаторного больного, а также по посмертному эпикризу из медицинской карты стационарного либо амбулаторного больного не проводится.

11. При проведении экспертизы, эксперт использует оригиналы медицинских документов, при отсутствии подлинных документов, эксперт принимает за основу копии медицинских документов, заверенных органом (лицом), назначившим экспертизу.

12. В случаях установления последствий или исхода травм, при проведении экспертизы по медицинским документам (в том числе и при производстве комиссионных экспертиз), когда судебно-медицинская оценка тяжести вреда здоровью вызывает затруднения в связи, с противоречивыми данными медицинских документов о характере, последствиях, продолжительности заболевания или травмы, по ходатайству эксперта, орган (лицо) вынесший постановление/определение обеспечивает явку лица для проведения экспертизы, а также обеспечивает проведение необходимых обследований с предоставлением его результатов в распоряжение экспертов.

13. Судебная экспертиза живых лиц может производиться в медицинской организации или другом месте, где имеются условия, необходимые для проведения судебно-экспертных исследований и обеспечения прав и законных интересов указанных лиц.

14. Судебно-медицинская экспертиза начинается с опроса, в ходе которого свидетельствуемый рассказывает о времени и обстоятельствах получения повреждений и предъявляет жалобы на состояние здоровья. Рассказ должен носить свободный характер, уточняющие вопросы эксперта не должны быть наводящими.

15. Перед проведением судебно-медицинской экспертизы, эксперт должен удостовериться в личности свидетельствуемого по удостоверению личности, либо цифровые документы, включающие в себя (удостоверение личности, паспорт, водительские права и т.п.). В случае отсутствия документа, подтверждающего личность свидетельствуемого, личность удостоверяет орган (лицо), назначивший экспертизу.

16. При проведении судебно-экспертного исследования лица, сопровождающегося его обнажением, могут присутствовать только лица того же пола. Данное ограничение не распространяется на врачей и других медицинских работников, участвующих в проведении указанных исследований.

17. В случаях установления достоверных клинических, морфологических, объективных, инструментальных и лабораторных признаков опасности для жизни, эксперт может установить степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, не ожидая исхода травмы.

18. При наличии нескольких судебно-медицинских критериев тяжесть вреда, причиненного здоровью человека, определяется в совокупности по тому критерию, который соответствует наибольшей степени тяжести вреда (при едином механизме травмы, например -ДТП, падение с высоты и т.п.)

19. При экспертизе тяжести вреда здоровью в заключение эксперта отражаются: объективные признаки вреда здоровью с медицинской точки зрения (ссадина, кровоподтек, рана, перелом кости и другие), их локализация и свойства; характеристика следообразующей части травмирующего предмета (предметов); механизм возникновения; давность (срок) причинения; вред здоровью с указанием квалифицирующего признака.

20. В случае если множественные повреждения взаимно отягощают друг друга, либо имеют единый механизм образования, определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, производится по их совокупности.

21. При наличии повреждений разной давности и механизма образования, определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью каждым из них, проводится отдельно.

22. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, не определяется, в следующих случаях:

- неясности клинической картины или недостаточного клинического и лабораторного обследований потерпевшего;
- не определившегося исхода неопасного для жизни вреда здоровью;
- отказа потерпевшего от дополнительного обследования или неявки на повторный осмотр, если это лишает эксперта возможности правильно оценить характер травмы, ее клиническое течение и исход;
- отсутствия медицинских документов, в том числе результатов дополнительных исследований, без которых суждение о характере и тяжести вреда здоровью невозможно;

- отсутствие первичных данных, в том числе и медицинских документов, позволяющих судить о клиническом течении, сроках заживления повреждений.

В указанных случаях, в выводах эксперт излагает причины, не позволяющие установить тяжесть вреда, причиненного здоровью, указывает, какие сведения необходимы ему для решения поставленных перед ним вопросов (медицинские документы, результаты дополнительных исследований и пр.).

23. Мотивированное объяснение о невозможности определения тяжести вреда, причиненного здоровью, не освобождает эксперта от необходимости решения других поставленных перед ним вопросов лицом (органом), назначившим экспертизу.

24. Термин «ушиб мягких тканей» понятие клиническое, и не отображает морфологическую картину конкретного повреждения (например, ссадина, кровоподтек, рана и т.п.), в связи с чем судебно-медицинской оценке тяжести вреда, причиненного здоровью человека не подлежит.

25. Термин «растяжение», «ушиб костных структур организма (ушиб шейного отдела позвоночника, ушиб коленного сустава и т.п.) либо внутренних органов (ушиб легкого, почек и т.п.)» должен подтверждаться результатами соответствующего обследования, динамическим наблюдением, клиническими или морфологическими проявлениями и проведенным лечением, в случае отсутствия таковых, судебно-медицинской оценке не подлежит.

26. Продолжительность нарушения функций органов и (или) систем органов (временной нетрудоспособности) устанавливается в днях исходя из объективных медицинских данных, длительность лечения (стационарного и амбулаторного) может не совпадать с продолжительностью ограничения функций органов и (или) систем органов человека. Окончание лечения не исключает наличия у живого лица посттравматического ограничения функций органов и (или) систем органов, и наоборот, продолжение лечения и пребывание на листе нетрудоспособности может быть обусловлено не только характером травмы.

27. При возникновении необходимости обследования лица, в отношении которого производится экспертиза, у врача-специалиста, работающего в другой медицинской организации, направляется мотивированное ходатайство в адрес органа (лица), назначившего экспертизу, который обеспечивает проведение данного обследования. Результаты обследования предоставляются эксперту органом (лицом), назначившим экспертизу.

28. При производстве судебно-медицинской экспертизы в отношении живого лица, трупа имеющего какое-либо предшествующее травме заболевание либо повреждение части тела с полностью или частично ранее утраченной функцией, учитывается только вред, причиненный здоровью человека, вызванный данной травмой.

29. При квалификации вреда здоровью в связи, с дефектами оказания медицинской помощи необходимо устанавливать только прямую причинно-следственную связь между допущенными дефектами (организации, диагностики и лечения, в том числе между дефектами из категории действий, совершенных медицинскими работниками при оказании медицинской помощи) и неблагоприятным исходом. Оценку вреда здоровью вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи необходимо проводить только при наличии прямой причинной связи между неблагоприятным исходом и дефектом оказания медицинской помощи.

30. Ухудшение состояния здоровья человека, состоящее в прямой причинной связи с дефектом оказания медицинской помощи, рассматривается как причинение вреда здоровью.

31. Ухудшение состояния здоровья человека, вызванное заболеванием, либо его обострением и осложнением, поздними сроками начала лечения, его возрастом, сопутствующей патологией, индивидуальными особенностями организма и другими причинами, не рассматривается как причинение вреда здоровью и не должно приниматься во внимание при установлении тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

32. Предотвращение смертельного исхода, обусловленное оказанием медицинской помощи самопомощи или взаимопомощи, а также стечением случайных обстоятельств, не должно приниматься во внимание при определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

33. Предварительные выводы с предположительным суждением о тяжести вреда, причиненного здоровью человека, не составляются.

34. По согласованию с органом, назначившим экспертизу, эксперт дает в пределах своей компетенции заключение по выявленным в ходе судебно-экспертного исследования обстоятельствам, имеющим значение для дела, выходящим за пределы вопросов, содержащихся в постановлении о назначении судебной экспертизы.

35. При составлении заключения, эксперт (эксперты) может отражать в выводах в соответствии с каким пунктом Методики был применен критерий тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

2. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ КВАЛИФИЦИРУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА.

2.1 Тяжкий вред здоровью

36. Судебно-медицинскими критериями квалифицирующих признаков в отношении **ТЯЖКОГО** вреда здоровью являются:

36.1 Вред здоровью, **опасный для жизни человека**, который по своему характеру непосредственно создает угрозу для жизни:

36.1.1 Рана головы, проникающая в полость черепа, в том числе без повреждения головного мозга.

36.1.2 Переломы костей свода и основания черепа:

36.1.2.1 Полный перелом свода черепа (*лобной, теменных, затылочной и височных костей*), за исключением изолированной трещины наружной костной пластинки свода черепа, а также отходящих отростков (*скуловой отросток лобной кости, скуловой отросток височной кости, шиловидный отросток височной кости, сосцевидный отросток височной кости*) и переломов лицевых костей (*носа, нижней стенки глазницы, слезной косточки, скуловой кости, верхней челюсти, альвеолярного отростка, небной кости, нижней челюсти*);

Примечание: под полным переломом костей свода черепа следует понимать перелом свода черепа, проходящие через все слои кости (обе пластины и губчатое вещество).

-изолированная трещина внутренней костной пластинки свода черепа.

Примечание: изолированную трещину внутренней костной пластинки свода черепа следует оценивать, как тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни, как следствие возможного риска образования внутричерепной эпидуральной гематомы.

36.1.2.2 Переломы костей основания черепа:

-часть лобной, затылочной и височной костей;

-черепные ямки (передние, средние или задние черепные ямки);

-верхняя стенка глазницы;

-задний отдел медиальной стенки глазницы;

-верхняя часть латеральной стенки глазницы;

-решетчатая кость, со всеми её анатомическими образованиями, за исключением изолированного перелома глазничной (*бумажной*) пластинки решетчатой кости, без кровоизлияний в ячейки решетчатой кости, не выходящей за пределы глазничной пластинки;

Примечание: изолированный перелом глазничной (*бумажной*) пластинки решетчатой кости, не выходящей за пределы глазничной пластинки, но сопровождаясь кровоизлияниями в ячейки решетчатой кости (*тотальный гемосинус*), и эмфиземой орбитальной клетчатки создает угрозу для жизни (*например опасность инфицирования мозга, поскольку возникает сообщения между ликворными пространствами и придаточными воздухоносными пазухами*) и оценивается как тяжкий вред здоровью.

-клиновидная кость (*тело клиновидной кости, большие крылья, малые крылья, крыловидные отростки*)

36.1.3 Внутричерепная травма: разможнение вещества головного мозга; диффузное аксональное повреждение головного мозга; ушиб головного мозга тяжелой степени (*подтвержденный соответствующими клиническими, морфологическими и лабораторными проявлениями*); травматическое внутримозговое или внутри желудочковое кровоизлияние; ушиб головного мозга средней степени или субарахноидальное кровоизлияние при наличии симптомов поражения стволового отдела мозга и угрожающих жизни состояний.

36.1.4 Травматическое эпидуральное или субдуральное кровоизлияние при наличии симптомов поражения стволового отдела мозга и угрожающих

жизни состояний, в том числе и без симптомов поражения стволового отдела мозга и угрожающих жизни состояний, повлекшие необходимость хирургического вмешательства - краниотомия.

Примечание: показанием проведения краниотомии является снижение внутричерепного давления, неврологических нарушений (нарушения сознания, паралич, афазия), а также прогрессирующих поражений стволового отдела мозга (дыхательная недостаточность, нарушения сердечного ритма, глазодвигательные расстройства), а также профилактика вышеперечисленных состояний.

Во избежания развития данных состояний при травматических эпидуральных или субдуральных кровоизлияниях проводится своевременное хирургическое вмешательство (краниотомия), в случае не своевременного проведения хирургического вмешательства травматическое эпидуральное или субдуральное кровоизлияние может привести к вышеуказанным состояниям либо к летальному исходу, что обуславливает отнесение травматических эпидуральных или субдуральных кровоизлияний без симптомов поражения стволового отдела мозга и угрожающих жизни состояний, повлекшие - краниотомии, к тяжкому вреду здоровью.

36.1.5 Раны проникающие в просвет глотки или гортани, или шейного отдела трахеи, или шейного отдела пищевода; ранение щитовидной или паращитовидной желез.

36.1.6 Открытые или закрытые переломы подъязычной кости, перелом хрящей гортани: щитовидного или перстневидного, или черпаловидного, или надгортанного, или рожковидного, или трахеальных хрящей.

36.1.7 Переломы 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 односторонние переломы дуги двух и более смежных шейных позвонков, в том числе и без нарушения функции спинного мозга.

36.1.8 Вывих одного или нескольких шейных позвонков в том числе и без нарушения функции спинного мозга; подвывих одного или нескольких шейных позвонков с нарушением функции спинного мозга; травматический разрыв межпозвоночного диска на уровне шейного отдела позвоночного столба с нарушением функции спинного мозга.

36.1.9 Закрытые повреждения спинного мозга в шейном отделе позвоночного столба сопровождающиеся нарушением его функции.

36.1.10 Рана грудной клетки, проникающая в плевральную полость или в полость перикарда, или в клетчатку средостения, в том числе без повреждения внутренних органов.

36.1.11 Закрытые повреждения органов грудной полости: сердца или легкого, или бронхов, или грудного отдела трахеи, или грудного отдела пищевода, диафрагмы или лимфатического грудного протока, или вилочковой железы.

36.1.12 Травматический гемоперикард или пневмоторакс, или гемоторакс, или гемопневмоторакс в результате закрытой травмы грудной клетки.

Примечание: патогенезом развития травматического пневмоторакса или гемопневмоторакса является травма грудной клетки, сопровождающаяся разрывом ткани легкого, в редких случаях трахеи либо пищевода.

Важно отметить, что сам по себе разрыв ткани легкого, трахеи либо пищевода в соответствии с п.36.1.11 данной Методики является квалифицирующим признаком тяжкого вреда здоровью, что обуславливает отнесение травматического пневмоторакса или гемопневмоторакса при любом его объеме к тяжкому вреду здоровья вне зависимости от угрожающего жизни состояния, поскольку возникновению их предшествует, как правило, повреждение внутреннего органа и опасность для жизни в этих случаях есть всегда.

Не подпадает по действие п. 36.1.12 судебно-медицинских критериев опасности для жизни спонтанный пневмоторакс или спонтанный гемопневмоторакс, без внешних и внутренних признаков травмы грудной клетки и наличия заболеваний легких.

В каждом отдельном случае требуется подробное изучение обстоятельств дела получения травмы, медицинских документов содержащие данные о заболеваниях легких, в том числе и хронических.

В случае обнаружения гемоторакса необходимо установить источник кровотечения в плевральную полость, так как им может быть перелом ребра с повреждением пристеночной плевры без повреждения внутренних органов грудной полости.

36.1.13 Множественные двусторонние (не менее 2-х ребер с каждой стороны) с нарушением анатомической целостности каркаса грудной клетки или множественные односторонние переломы смежных ребер (не менее 2-х) по двум и более анатомическим линиям с образованием подвижного участка грудной стенки по типу "реберного клапана"

Примечание: при отсутствии нарушения анатомической целостности каркаса грудной клетки или подвижного участка грудной стенки по типу «реберного клапана» в том числе при отсутствии повреждений внутренних органов грудной клетки, степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека при множественных переломах ребер (не менее 2-х) устанавливается исходя от длительности расстройства здоровья или сопровождающиеся клиническими и морфологическими данными, свидетельствующие об угрожающем жизни состоянии, приведенные в пунктах 36.2.1 – 36.2.8.

Нарушение целостности каркаса грудной клетки, определяется по наличию западения передней поверхности грудной клетки (частично или полностью) постоянно или на вдохе, проявляется парадоксальным дыханием, сопровождается дыхательной недостаточностью с последующими расстройствами кровообращения.

36.1.14 Перелом грудного отдела позвоночника: перелом тела или дуги одного, или двух грудных позвонков (в том числе и несмежных) с нарушением

функции спинного мозга; перелом тела и дуги трех и более грудных позвонков (в том числе и не смежных) без нарушения функции спинного мозга.

36.1.15 Вывих грудного позвонка, в том числе и без нарушения функции спинного мозга.

36.1.16 Закрытые повреждения спинного мозга в грудном отделе позвоночного столба сопровождающиеся клиническими и морфологическими данными, свидетельствующие о нарушениях функции спинного мозга.

36.1.17 Травматический разрыв межпозвоночного диска в грудном отделе с нарушением функции спинного мозга.

36.1.18 Рана живота, проникающая в брюшную полость, в том числе без повреждения внутренних органов.

36.1.19 Закрытое повреждение органов брюшной полости (*разрыв, отрыв, размозжение*): селезенки или печени, или (и) желчного пузыря, или поджелудочной железы, или брюшного отдела пищевода, или желудка, или тонкой кишки, или ободочной кишки, или прямой кишки, или большого сальника, или брыжейки толстой или тонкой кишки.

36.1.20 Закрытое повреждение органов забрюшинного пространства (*разрыв, отрыв, размозжение*): почки или надпочечника, или мочеточника, или поджелудочной железы, или горизонтальной части двенадцатиперстной кишки, или восходящей и нисходящей части ободочной кишки.

Примечание: под разрывом следует понимать полный (сквозной) разрыв стенки полого органа, либо чрез капсульный разрыв паренхиматозного органа или подкапсульный разрыв с формированием подкапсульной гематомы.

При отсутствии сквозного разрыва стенки полого органа, степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека устанавливается исходя от длительности расстройства здоровья или сопровождающиеся клиническими и морфологическими данными, свидетельствующие об угрожающем жизни состоянии, приведенные в пунктах 36.2.1 – 36.2.8.

36.1.21 Рана, проникающая в забрюшинное пространство, с повреждением органов забрюшинного пространства: почки или надпочечника, или мочеточника, или поджелудочной железы, или нисходящей горизонтальной части двенадцатиперстной кишки, или восходящей и нисходящей ободочной кишки.

36.1.22 Перелом пояснично-крестцового отдела позвоночника: тела или дуги одного либо нескольких поясничных и (или) крестцовых позвонков с синдромом «конского хвоста».

36.1.23 Вывих поясничного позвонка в том числе и без нарушения функции спинного мозга; травматический разрыв межпозвоночного диска в поясничном либо в пояснично-крестцовом отделе с синдромом «конского хвоста».

36.1.24 Закрытые повреждения спинного мозга в поясничном отделе позвоночного столба с синдромом «конского хвоста»

36.1.25 Открытое и (или) закрытое повреждение (размозжение, отрыв, разрыв) тазовых органов: 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).

36.1.26 Рана стенки (нарушение целостности всей стенки) влагалища, или прямой кишки, или промежности в сочетании с нарушением целостности пристеночной брюшины полости малого таза и (или) проникновением раны в клетчатку малого таза (при сохранении целостности брюшины).

36.1.27 Двусторонние переломы переднего тазового полукольца с нарушением непрерывности: переломы обеих лобковых и обеих седалищных костей типа «бабочки»; переломы костей таза или разрывы сочленений 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.

36.1.28 Рана, проникающая в позвоночный канал шейного или грудного, или поясничного, или крестцового отдела позвоночника, в том числе без повреждения спинного мозга и синдрома «конского хвоста».

36.1.29 Повреждение (разрыв, отрыв, рассечение, травматическая аневризма) крупного кровеносного сосуда: аорты; сонной артерии (общей, наружной, внутренней); подключичной; подмышечной; плечевой; подвздошной (общей, наружной, внутренней); бедренной; подколенной артерий; и (или) сопровождающих их магистральных вен (в т.ч. верхняя полая вена, нижняя полая вена, легочные вены, воротная вена).

36.1.30 Тупая травма рефлексогенных зон: области гортани, области каротидных синусов, области солнечного сплетения, области наружных половых органов, сопровождающиеся клиническими и морфологическими данными, свидетельствующие об угрожающем жизни состоянии, приведенные в пунктах 36.2.1 – 36.2.8

36.1.31 Термические или химические, или электрические, или лучевые ожоги III - IV степени, с площадью поражения, превышающие 10% поверхности тела; ожоги III-IV степени, с площадью поражения, превышающие 15% поверхности тела; ожоги II степени, с площадью поражения, превышающие 20% поверхности тела, ожоги меньшей площади, сопровождавшиеся развитием ожоговой болезни или морфологическими данными, свидетельствующие об угрожающем жизни состоянии, приведенные в пунктах 36.2.1 – 36.2.8

36.1.32 Ожоги дыхательных путей с выраженными явлениями отека и сужением голосовой щели.

36.1.33 Отморожения III-IV степени с площадью поражения, превышающей 10% поверхности тела; отморожения III- IV степени с площадью поражения, превышающей 15% поверхности тела; отморожения II

степени с площадью поражения, превышающей 20% поверхности тела; отморожение меньшей площади, сопровождающиеся клиническими и морфологическими данными, свидетельствующие об угрожающем жизни состоянии, приведенные в пунктах 36.2.1 – 36.2.8

36.1.34 Лучевые поражения, проявляющиеся острой лучевой болезнью тяжелой и крайне тяжелой степени.

36.1.35 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, сопровождающиеся клиническими и морфологическими данными, свидетельствующие об угрожающем жизни состоянии, приведенные в пунктах 36.2.1 – 36.2.8

36.1.36 Сдавление органов шеи и другие виды механической асфиксии, сопровождающиеся клиническими и морфологическими данными, свидетельствующие об угрожающем жизни состоянии, приведенные в пунктах 36.2.1 – 36.2.8

36.1.37 Последствия общего воздействия высокой или низкой температуры (тепловой удар, солнечный удар, общее перегревание, переохлаждение организма) сопровождающиеся клиническими и морфологическими данными, свидетельствующие об угрожающем жизни состоянии, приведенные в пунктах 36.2.1 – 36.2.8

36.1.38 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), сопровождающиеся клиническими и морфологическими данными, свидетельствующие об угрожающем жизни состоянии, приведенные в пунктах 36.2.1 – 36.2.8

36.2 Вред здоровью, **опасный для жизни человека**, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека в результате травмы, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью (далее - угрожающее жизни состояние):

36.2.1 Шок тяжелой (III или IV) степени.

36.2.2 Кома II или III степени различной этиологии.

36.2.3 Кровопотеря тяжелой степени.

36.2.4 Острая сердечная и (или) сосудистая недостаточность тяжелой степени, или острое нарушение мозгового кровообращения, или тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения.

36.2.5 Острая почечная или острая печеночная, или острая надпочечниковая недостаточность тяжелой степени, или острый панкреонекроз.

36.2.6 Острая дыхательная недостаточность тяжелой степени.

36.2.7 Гнойно-септическое состояние: сепсис, или перитонит, или гнойный плеврит или менингит.

36.2.8 Расстройство регионального и (или) органного кровообращения, приводящее к инфаркту внутреннего органа, гангрене конечности; эмболия (газовая, жировая, тканевая, тромбоэмболия) сосудов головного мозга или легких.

36.3 Судебно-медицинские критерии вреда здоровью, вызвавшие значительную стойкую утрату общей трудоспособности более чем на одну треть – 33% и более.

К тяжкому вреду здоровья, вызвавшему значительную стойкую утрату общей трудоспособности, независимо от исхода и оказания (неоказания) медицинской помощи, относятся следующие повреждения:

36.3.1 Открытый перелом плечевой кости: внутрисуставной (головки плеча) или околосуставной (анатомической шейки, под- и чрезбугорковый), или хирургической шейки или диафиза плечевой кости;

36.3.2 Открытый перелом костей, составляющих локтевой сустав;

36.3.3 Открытый 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);

36.3.4 Открытый или закрытый перелом вертлужной впадины со смещением;

36.3.5 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;

36.3.6 Открытый или закрытый перелом диафиза бедренной кости;

36.3.7 Открытый перелом костей, составляющих коленный сустав, за исключением надколенника;

36.3.8 Открытый перелом диафиза большеберцовой кости;

36.3.9 Открытый перелом лодыжек обеих берцовых костей в сочетании с переломом суставной поверхности большеберцовой кости и разрывом дистального межберцового синдесмоза с подвывихом и вывихом стопы;

36.3.10 Открытый вывих плечевого сустава или локтевого, или лучезапястного сустава, или тазобедренного сустава, или коленного сустава, или голеностопного сустава с разрывом связочного аппарата и капсулы сустава.

Примечание: открытым переломом следует считать – нарушение целостности костной ткани, при этом область перелома сообщается с внешней средой по средством раны на коже или слизистой оболочки.

36.3.11 Компрессионный перелом тел двух и более смежных позвонков грудного и (или) поясничного отдела позвоночника без нарушения функции спинного мозга и тазовых органов.

36.4 Не опасными для жизни повреждениями, относящимися к тяжкому вреду здоровья по исходу и последствиям, являются: потеря зрения, речи, слуха или какого-либо органа, либо утрата органом его функции:

36.4.1 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, оценивается по признаку стойкой утраты общей трудоспособности согласно «Таблице процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных травм»

Определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, в результате потери слепого глаза проводится по признаку длительности расстройства здоровья.

36.4.2 Потеря речи - необратимая потеря способности выражать мысли членораздельными звуками, понятными для окружающих.

36.4.3 Потеря слуха: двухсторонняя тугоухость 4 – степени (потеря слуха 71-90 дБ).

Примечание: под потерей слуха следует понимать – полная стойкая глухота на оба уха или такое необратимое состояние, когда человек не слышит разговорную речь на расстоянии 3-5 см., от ушной раковины. Вместе, с тем на сегодняшний день аудиометрия является основным методом диагностики тугоухости. При тугоухости 4 степени с потерей слуха 71-90 дБ восприятие речи практически невозможно без слуховых аппаратов. При этом полная глухота наступает при потере слуха более 90дБ.

Потеря слуха на одно ухо оценивается по признаку стойкой утраты общей трудоспособности согласно «Таблице процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных травм».

36.5 Потеря какого-либо органа, либо части его с утратой органом его функции:

36.5.1 Потеря верхней или нижней конечностей, то есть отделение их от туловища или стойкая утрата их функций (паралич или иное состояние, исключаящее их функции); потеря кисти или стопы приравнивается к потере верхней или нижней конечности;

36.5.2 Потеря производительной способности, выражающаяся у мужчин к совокуплению или оплодотворению, у женщин - к совокуплению или зачатию, или вынашиванию, или деторождению.

36.5.3 Потеря одного яичка;

36.5.4 Потеря молочной железы;

36.6 Прерывание беременности.

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 (выскабливание матки, кесарево сечение и прочее).

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 причинившие тяжкий вред здоровью.

Прерывание беременности должно находиться в прямой причинно-следственной связи с причиненным вредом здоровью (травмой) и не должно быть обусловлено индивидуальными особенностями организма женщины и плода (заболеваниями, патологическими состояниями), которые имелись до причинения вреда здоровью.

36.7 Психическое расстройство (заболевания), наркомания или токсикомания. Диагностика психического расстройства (заболевания), наркомании, токсикомании осуществляется психиатрической, наркологической экспертизами, но их связь с полученной травмой, а также оценка тяжести причиненного вреда здоровью вследствие душевной болезни, наркомании и токсикомании производится комиссией судебно-медицинских экспертов (комиссионно), в которую включается эксперт психиатр и нарколог.

В группу психических расстройств (заболеваний) не должны включаться имеющиеся ранее психические расстройств (заболеваний) не состоящие в причинно-следственной связи с полученной травмой.

Повреждения квалифицируются как причинившие тяжкий вред здоровью, только если они повлекли за собой развитие психических расстройств (заболевания), проявляющихся длительным течением, значительным нарушением социальной адаптации пациента, утраты его трудоспособности и необходимости проведения длительного лечения в условиях психиатрического диспансера.

36.8 Неизгладимое повреждение лица.

При повреждениях лица эксперт устанавливает их тяжесть вреда, причиненного здоровью в соответствии с критериями, содержащимися в настоящей Методике, кроме того, в случае возникновения решения вопроса об изгладимости/неизгладимости, эксперту необходимо установить, является ли повреждение изгладимым, или неизгладимым.

Примечание: под изгладимостью следует понимать значительное уменьшение или возможность исчезновения видимых последствий травмы: выраженности рубцов, деформаций, нарушения мимики и другие, с течением времени или под влиянием консервативного (нехирургического) лечения; если же для их устранения требуется оперативное вмешательство (косметическая или пластическая операция), или повреждения с течением времени (не менее 4-х месяцев) не исчезают самостоятельно, то повреждения на лице считаются неизгладимыми.

При решении вопроса о неизгладимости лица, эксперт в выводах экспертизы должен отметить, что, если такие последствия будут признаны

судом или органом ведущий уголовный процесс обезображивающими лицо, повреждения следует считать, как причинившие тяжкий вред здоровью.

Примечание: под обезображиванием следует понимать - резкое изменение естественного вида лица человека в результате воздействия внешних причин. При этом обосновывается вывод о неизгладимости повреждения.

Условные анатомические границы лица включают:

- верхняя граница: край волосистого покрова головы (в норме начинается от линии роста волос на лбу);
- боковая граница: задний край основания ушной раковины, задний край ветви нижней челюсти;
- нижняя граница: угол и нижний край тела нижней челюсти.

Примечание: при производстве судебно-медицинской экспертизы границы области лица включают ушные раковины.

В случае отсутствия волосного покрова головы, условной верхней границей лица, считать границу лобно-теменной области.

Установление обезображивания лица выходит за рамки компетенции судебно-медицинского эксперта, так как обезображивание не является медицинским понятием и должно определяться органами дознания, следствия или судом.

36.9 Полная утрата профессиональной трудоспособности.

При полной утрате профессиональной трудоспособности работниками, получившими увечья или иные повреждения здоровья, связанные с исполнением ими трудовых обязанностей и иных случаях, определение степени утраты профессиональной трудоспособности производится в соответствии с требованиями установления медико-социальными экспертными комиссиями.

Решение вопроса о профессиональной трудоспособности при производстве экспертизы производится комиссией судебно-медицинских экспертов с включением в состав комиссии экспертов медико-социальной экспертной службы.

Основная цель экспертизы профессиональной трудоспособности – определить, насколько состояние здоровья человека влияет на его способность выполнять трудовые обязанности. В процессе экспертизы учитывается как медицинские, так и социальные факторы.

2.2 ВРЕД ЗДОРОВЬЮ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ

37. Судебно-медицинскими критериями квалифицирующих признаков в отношении **СРЕДНЕЙ** тяжести вреда здоровью являются:

37.1 Временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью более - 21 дня (далее - **длительное расстройство здоровья**).

37.2 Значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть - от 10 до 33%.

2.3 ЛЕГКИЙ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ

38. Судебно-медицинскими критериями квалифицирующих признаков в отношении **ЛЕГКОГО вреда здоровью** являются:

38.1 Временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью не более 21 дня от момента причинения травмы (далее - **кратковременное расстройство здоровья**).

38.2 Незначительная стойкая утрата общей трудоспособности - менее 10%.

Поверхностные повреждения, в том числе: ссадина, кровоподтек, (подкожная гематома), кровоизлияния в слизистые оболочки, не влекущие за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности, расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

3. СТОЙКАЯ УТРАТА ОБЩЕЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАЗЛИЧНЫХ ТРАВМ, ОТРАВЛЕНИЙ И ДРУГИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН

1. Стойкая утрата общей трудоспособности - необратимая утрата функций органов и (или) систем органов 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 действиям, направленному на получение социально значимого результата в виде определенного продукта, изделия или услуги).

2. Стойкой утратой общей трудоспособности следует считать утрату общей трудоспособности, при неблагоприятном трудовом и клиническом прогнозах, или при определившемся исходе независимо от сроков ограничения трудоспособности, или при длительности расстройства здоровья свыше 120 дней.

3. При определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека с учетом процентов стойкой утраты общей трудоспособности, используют Таблицу процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин, прилагаемую к Медицинским критериям.

Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, различают следующие размеры стойкой утраты общей трудоспособности:

- Незначительная стойкая утрата общей трудоспособности - менее 10%.
- Значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть - от 10 до 33%.
- Значительная стойкая утрата общей трудоспособности более чем на одну треть – 33% и более.

Примечание: поскольку градация размера утраты общей трудоспособности кратна 5%, то незначительной стойкой утратой общей трудоспособности будет размер утраты равный 5%, при значительной стойкой утрате общей трудоспособности менее чем на одну треть, размер утраты будет равный от 10% до 30% (включительно), при значительной стойкой утрате общей трудоспособности более чем на одну треть, размер утраты будет равный 35% и более.

4. У детей трудовой прогноз в части возможности в будущем стойкой утраты общей (профессиональной) трудоспособности определяют так же, как у взрослых, в соответствии с настоящими судебно-медицинскими критериями.

Между тем, особенности развивающегося детского организма могут существенно ускорять процессы заживления повреждения, получать замену утраченных в результате травмы молочных зубов постоянными, повреждения могут нарушать правильное формирование травмированных костей и скелета в целом, следовательно, сходные повреждения у взрослого человека и ребенка могут причинять различные по объему и характеру вред здоровью. Это значит, что оценка степени причиненного вреда здоровью у детей, должна в каждом отдельном случае проводиться после тщательного изучения всех медицинских документов, с обязательным участием узко профильных специалистов.

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

6. При повреждении части тела с полной или частично ранее утраченной функцией учитывают только последствия травмы (от того процента утраты трудоспособности, который ранее уже фактически имел место).

7. При повреждении здоровой парной части тела или парного органа оценке подлежат только последствия причинённой травмы, без учёта нарушенной функции одноимённой парной части тела или одноимённого другого парного органа. Например, при повреждении одного глаза не берётся во внимание объём имеющихся нарушений функций другого глаза; оценка причинённого вреда здоровью осуществляется только к травмированному в данном случае глазу.

8. Повреждения и болезни, полученные ранее данного происшествия, при котором был причинен вред здоровью, не принимаются во внимание при определении вреда здоровью.

9. При наличии нескольких повреждений одной или нескольких анатомических областей, в том числе при едином механизме травмы суммирование процентов стойкой утраты общей трудоспособности не применяется.

Примечание: не подпадает по действие данного пункта Методики, пункты 46 и 48 предусмотренные в Таблице стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин.

10. При наличии нескольких процентов стойкой утраты общей трудоспособности тяжесть причиненного вреда здоровью устанавливается по тому проценту, который соответствует большей степени.

11. При определении степени тяжести причиненного вреда здоровью человека с учетом процентов стойкой утраты общей трудоспособности, в случаях применения пунктов 67-108 данной Таблицы имеющееся разделение на «справа/слева» подразумевает дифференциацию о том, что ведущая рука – правая (правша), при выявлении, что ведущая рука левая (левша), пункты «справа/слева» должны рассматриваться в обратной последовательности.

ТАБЛИЦА
СТОЙКОЙ УТРАТЫ ОБЩЕЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ В
РЕЗУЛЬТАТЕ РАЗЛИЧНЫХ ТРАВМ, ОТРАВЛЕНИЙ И ДРУГИХ
ПОСЛЕДСТВИЙ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН

№ п/п	Вред, причиненный здоровью человека в результате различных травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин	Процент стойкой утраты общей трудоспособности
Центральная и периферическая нервная система		
1.	Остаточные явления тяжелой черепно-мозговой травмы:	
	А) значительное снижение интеллекта, значительное уменьшение объема движений и силы в конечностях, резкое или значительное нарушение координации, эпилептические припадки (не реже 1 раза в месяц);	75
	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;	100
<i>Примечание.</i> Для установления процента стойкой утраты общей трудоспособности достаточно наличия одного остаточного явления тяжелой черепно-мозговой травмы, предусмотренного настоящим пунктом.		
2.	Тяжелая черепно-мозговая травма, повлекшая:	
	А) легкие нарушения координации, легкое повышение тонуса мышц и снижение силы в конечностях, умеренные двигательные расстройства, нарушения чувствительности, единичные эпилептические припадки;	30
	Б) умеренные нарушения координации, умеренное повышение тонуса мышц и снижение силы в конечностях, не резко выраженные двигательные расстройства, редкие эпилептические припадки (2-3 раза в год);	45

	В) значительные нарушения координации, выраженное повышение тонуса мышц и снижение силы в конечностях, снижение интеллекта, ослабление памяти, эпилептические припадки (4–10 раз в год);	60
	<i>Примечание.</i> Для установления процента постоянной утраты общей трудоспособности необходимо наличие не менее двух последствий тяжелой черепно-мозговой травмы, предусмотренных настоящим пунктом, или эпилептических припадков.	
3.	Черепно-мозговая травма:	
	А) не повлекшая за собой возникновения патологических изменений со стороны центральной нервной системы;	-
	Б) повлекшая за собой значительно выраженные вегетативные симптомы (тремор век и пальцев рук, высокие сухожильные рефлексy, вазомоторные нарушения и др.);	10
	В) повлекшая за собой отдельные очаговые симптомы (анизокория, неравенство глазных щелей, отклонение (девиация) языка в сторону, нистагм, сглаженность носогубной складки и др.).	15
4.	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, вегетососудистая дистония, высокие сухожильные рефлексy, гипергидроз, неустойчивость в позе Ромберга и др.).	5
5.	Сотрясение головного мозга, не повлекшее за собой нарушений со стороны центральной нервной системы, а также повторные сотрясения головного мозга, подтвержденные объективной неврологической симптоматикой, установленной в медицинском учреждении, но не повлекшие за собой появления новых патологических изменений со стороны центральной нервной системы.	-
	<i>Примечания.</i> 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>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>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.	Повреждение спинного мозга на уровне шейного, грудного или поясничного отделов позвоночника, повлекшее за собой:	
	А) легкие расстройства чувствительности, сухожильных рефлексов, без нарушения движений в конечностях, и функции тазовых органов;	15
	Б) умеренные нарушения чувствительности, сухожильных рефлексов, легкие монопарезы не резко выраженные атрофия мышц и нарушение движения, умеренные нарушения трофики и функций тазовых органов;	40
	В) значительные расстройства чувствительности, движений в конечностях (выраженные монопарезы или умеренно выраженные парапарезы), нерезко выраженная спастичность, нарушение трофики и функций тазовых органов;	60
	Г) грубые расстройства чувствительности, движений в конечностях (пара- и тетраплегии), резкие нарушения функций тазовых органов, грубые нарушения трофики, нарушение сердечно-сосудистой деятельности и дыхания, резко выраженная спастичность;	100
7.	Повреждение «конского хвоста», повлекшее за собой:	
	А) легкие расстройства чувствительности, без нарушения трофики и функции тазовых органов (болевого синдром);	5
	Б) легкие расстройства чувствительности, сухожильных рефлексов, незначительная гипотрофия мышц без нарушения движений в конечностях, а также функции тазовых органов;	15
	В) значительные расстройства чувствительности, гиперпатия, гипералгезия, выраженный болевой синдром, нарушение рефлекторной дуги (снижение или выпадение рефлексов), грубая атрофия мышц соответственно иннервации области корешков,	40

	умеренные вегетативные расстройства (похолодание конечностей), умеренные нарушения функций тазовых органов;	
	Г) резкие нарушения чувствительности в зоне иннервации соответствующего корешка или группы корешков, выпадение движений, значительные нарушения функций тазовых органов, трофические расстройства (язвы, цианоз, отеки);	60
	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);	100
8.	Травматическая радикулопатия различной локализации (в результате прямой травмы позвоночника).	5
9.	Периферическое повреждение тройничного, лицевого подъязычного нервов, повлекшее за собой нарушение их функции:	
	А) умеренное;	5
	Б) значительное;	15
	В) резкое.	25
10.	Повреждение шейного, плечевого сплетений и их нервов, повлекшее за собой нарушение их функций:	
	А) нарушение чувствительности и рефлексов без двигательных расстройств, атрофии, парезов, контрактур;	5
	Б) нарушения чувствительности и (или) рефлексов с гипотрофией мышц, легкими двигательными расстройствами;	15
	В) значительное ограничение движений в суставах верхней конечности, значительные: атрофия мышц, снижение силы, чувствительности;	25
	Г) резкое ограничение движений в суставах верхней конечности, атрофия мышц, снижение силы, резкие расстройства чувствительности;	40
	Д) отсутствие движений в суставах верхней конечности, отсутствие чувствительности, резкие нарушения трофики (трофические язвы).	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;	5

	Б) нарушения чувствительности и/или рефлексов с гипотрофией мышц, легкими двигательными расстройствами;	15
	В) значительное ограничение движений в суставах нижней конечности, значительные: атрофия мышц, снижение силы, чувствительности;	25
	Г) резкое ограничение движений в суставах нижней конечности, атрофия мышц, снижение силы, резкие расстройства чувствительности;	40
	Д) отсутствие движений в суставах нижней конечности, отсутствие чувствительности, резкие нарушения трофики (трофические язвы).	70
Органы зрения		
12.	Паралич аккомодации:	
	1) одного глаза;	15
	2) обоих глаз.	30
13.	Гемианопсия (выпадение половины поля зрения).	30
14.	Сужение поля зрения:	
	а) концентрическое:	
	в одном глазу до 60°;	10
	в одном глазу до 30°;	20
	в одном глазу до 5°;	30
	в двух глазах до 60°;	20
	в двух глазах до 30°;	40
	в двух глазах до 5°;	60
	б) неконцентрическое:	
	в одном глазу до 50°;	5
	в одном глазу до 25°;	10
	в одном глазу до 5°;	15
	в двух глазах до 50°;	10
	в двух глазах до 25°;	20
	в двух глазах до 5°.	30
	<i>Примечание.</i> 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%.	
15.	Опущение века (птоз) и другие параличи глазных мышц, дефект век, мешающий закрытию глазной щели, а также сращение век:	
	А) одного глаза:	
	веко закрывает (не закрывает) зрачок до половины;	10
	веко закрывает (не закрывает) зрачок полностью;	20
	Б) обоих глаз:	
	веки закрывают (не закрывают) зрачок до половины;	25

	веки закрывают (не закрывают) зрачок полностью.	50
16.	Пульсирующий экзофтальм:	
	А. Одного глаза:	
	1) легкая степень – умеренно выраженный;	20
	2) средняя степень – значительно выраженный;	30
	3) сильная степень – резко выраженный;	40
	Б. Обоих глаз:	
	1) легкая степень – умеренно выраженный;	35
	2) средняя степень – значительно выраженный;	60
3) сильная степень – резко выраженный.	85	
17.	Конъюнктивит (кератит) рубцовый трихиаз, заворот века, установленные при судебно-медицинской экспертизе, без снижения остроты зрения:	
	А. Одного глаза;	5
	Б. Обоих глаз.	10
18.	Иридоциклит или хориоретинит, установленные при судебно-медицинской экспертизе, без снижения остроты зрения:	
	А. Одного глаза;	10
	Б. Обоих глаз.	20
	<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 пунктом 24 настоящего Перечня, при этом пункты 17 и 18 настоящего Перечня не применяются.	
19.	Нарушения функций слезовыводящих путей:	
	А) рубцовая непроходимость слезных каналов или слезноносового канала;	10
	Б) травматический дакриоцистит.	20
20.	Рубцы оболочек глазного яблока, колобома (дефект радужной оболочки, изменение формы зрачка), гемофтальм, смещение хрусталика одного глаза, не вызвавшие снижения остроты зрения.	5
21.	Полная потеря зрения:	
	А) единственного глаза, обладающего зрением;	65
	Б) обоих глаз, обладающих зрением.	100
22.	Удаление в результате травмы глазного яблока, не обладающего зрением.	5
23.	Последствия перелома орбиты, не проникающего в полость черепа:	
	А) без повреждения мышц и смещения глазного яблока;	10
	Б) с повреждением глазных мышц и смещением глазного яблока.	20

	<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.			
24.	Снижение остроты зрения каждого глаза в результате прямой травмы			
	Острота зрения до травмы	Острота зрения после травмы	Процент постоянной утраты общей трудоспособности	
	1,0	0,9	5	
		0,8	5	
		0,7	5	
		0,6	5	
		0,5	10	
		0,4	10	
		0,3	15	
		0,2	20	
		0,1	25	
		0,09–0,05	30	
		0,04 и ниже	35	
	0,9	0,8	5	
		0,7	5	
		0,6	5	
		0,5	10	
		0,4	10	
		0,3	10	
		0,2	15	
		0,1	20	
		0,09–0,05	30	
		0,04 и ниже	35	
		0,8	0,7	5
	0,6		5	
	0,5		10	
	0,4		10	
	0,3		15	
	0,2		20	
	0,1		25	
	0,09–0,05		30	
	0,04 и ниже		35	
	0,7		0,6	5
			0,5	5
		0,4	10	
		0,3	10	

		0,2	15
		0,1	20
		0,09–0,05	25
		0,04 и ниже	30
	0,6	0,5	5
		0,4	5
		0,3	10
		0,2	10
		0,1	15
		0,09–0,05	20
		0,04 и ниже	25
	0,5	0,4	5
		0,3	5
		0,2	10
		0,1	10
		0,09–0,05	15
		0,04 и ниже	20
	0,4	0,3	5
		0,2	5
		0,1	10
		0,09–0,05	15
		0,04 и ниже	20
	0,3	0,2	5
		0,1	5
		0,09–0,05	10
		0,04 и ниже	20
	0,2	0,1	5
		0,09–0,05	10
		0,04 и ниже	20
	0,1	0,09–0,05	10
		0,04 и ниже	20
	ниже 0,1	0,04 и ниже	20
Примечания:			
1) при отсутствии или противоречивости сведений об остроте зрения до травмы следует ориентироваться на остроту зрения неповрежденного глаза;			
2) к полной слепоте приравнивается острота зрения, равная 0,04 и ниже;			
3) при удалении глазного яблока, обладавшего до повреждения зрением, а также сморщивании его процент стойкой утраты общей трудоспособности увеличивается на 10%.			
Органы слуха			
25.	Посттравматическое гнойное воспаление среднего уха (типа мезотимпанита):		

	а) одного уха;	5
	б) обеих ушей.	10
26.	Посттравматический эпитимпанит:	
	а) одного уха;	10
	б) обеих ушей.	20
27.	Нарушения вестибулярной функции в результате прямой травмы органов 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.	
28.	Отсутствие до 1/3 части ушной раковины, вызывающее ее деформацию.	5
29.	Отсутствие одной ушной раковины или части ее (1/3 и более).	20
30.	Отсутствие двух ушных раковин.	40
31.	Понижение слуха одного уха:	
	А) шепотная речь на расстоянии не более одного метра, разговорная – от 1 до 3 метров, понижение слуха на 30–50 децибел на частотах 500, 1000, 2000, 4000 герц;	5
	Б) шепотная речь – 0 метров, разговорная – до 1 метра, понижение слуха на 60–80 децибел на частотах 500, 1000, 2000, 4000 герц;	15
	В) полная глухота: шепотная и разговорная речь – 0 метров;	25
32.	Посттравматический разрыв барабанной перепонки, не повлекший за собой снижения слуха.	
	<i>Примечание:</i> если в результате травмы произошел разрыв барабанной перепонки и наступило снижение слуха, процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренными пунктом 31 настоящего Перечня. Пункт 32 настоящего Перечня при этом не применяется.	
Органы дыхания		
33.	Отсутствие носа (костей, хряща и мягких тканей) и 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;	5

	Б) двустороннее;	10
	В) одностороннее отсутствие носового дыхания;	15
	Г) двустороннее отсутствие носового дыхания.	30
37.	Нарушения функции гортани или трахеи в результате их повреждения:	
	А) легкая степень – осиплость голоса при физической нагрузке;	10
	Б) средняя степень – дисфония, нарушение дыхания, (одышка) в покое;	35
	В) сильная степень – постоянное ношение трахеостомической трубки, афония (потеря голоса).	60
38.	Уменьшение дыхательной поверхности легкого, ателектаз, нагноительные процессы с развитием легочной недостаточности:	
	А) умеренно выраженной (одышка, акроцианоз при незначительной физической нагрузке, учащение пульса);	15
	Б) значительно выраженной (одышка, синюшность лица при незначительной физической нагрузке, снижение артериального давления, увеличение печени, пульсация в эпигастральной области);	30
	В) резко выраженной (одышка в покое, резкая одышка при незначительной физической нагрузке, синюшность, застойные явления в легких - мраморность кожи, расширенная сеть венных сосудов).	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;	20
	Б) со значительным ограничением подвижности при акте дыхания, сопровождающимся значительно выраженной легочной недостаточностью;	35
	В) с резким ограничением подвижности при акте дыхания, резко выраженной легочной недостаточностью, нарушением функции органов средостения.	65
Сердечно-сосудистая система		
42.	Сердечно-сосудистая недостаточность вследствие ранения сердца, его оболочек или крупных магистральных сосудов:	

	А) I степень - учащение пульса, одышка после физической нагрузки, увеличение размеров сердца, отеки;	30
	Б) II степень - значительная одышка, застойные явления в легких и печени, постоянные отеки, асцит, набухание вен шеи;	60
	В) III степень - нарушение ритма дыхания, застойные явления в лёгких, выпот в полости плевры, кровохарканье, выпот в сердечной сорочке, асцит, цирроз печени и другие.	90
43.	Нарушение кровообращения вследствие повреждения крупных периферических сосудов:	
	А) лёгкая степень - умеренная отёчность, снижение пульсации;	10
	Б) средняя степень - значительная отёчность, синюшность, резкое ослабление пульсации;	20
	В) сильная степень - резкая отёчность, синюшность, лимфостаз, трофические нарушения (язвы).	30
Органы пищеварения		
44.	Нарушение акта жевания в результате перелома скуловой кости, верхней или нижней челюсти, а также вывиха нижней челюсти:	
	А) легкая 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
45.	Отсутствие части верхней или нижней челюсти (с учетом потери зубов, независимо от их количества).	
	<i>Примечание:</i> Отсутствие альвеолярного отростка челюсти не дает основания для применения критерия стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренного пунктом 45 настоящего Перечня и установления процента стойкой утраты общей трудоспособности.	
46.	Отсутствие челюсти (с учетом потери зубов, независимо от их количества)	
	<i>Примечания:</i> Проценты стойкой утраты общей трудоспособности, указанные в пунктах 45-46 настоящего Перечня, учитывают и потерю зубов независимо от их количества. 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 пунктами настоящего Перечня, путем суммирования процентов.	
47.	Повреждения языка (ранение, ожог, отморожение), повлекшие за собой:	
	А) наличие грубых рубцов, вызывающих затруднение при приеме пищи;	5
	Б) отсутствие языка на уровне дистальной трети (кончика);	15
	В) отсутствие языка на уровне средней трети;	35
	Г) отсутствие языка на уровне корня или полное отсутствие языка.	70
48.	Потеря постоянных зубов:	
	Б) 1-3 зубов;	5
	В) 4-6 зубов;	10
	Г) 7-10 зубов;	20
	Д) 11 и более зубов.	25
	<p><i>Примечания.</i> 1. Перелом зуба в результате травмы приравнивается к его потере.</p> <p>2. При потере в результате травмы протезированных несъемными протезами зубов процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется с учетом потери только опорных зубов. При потере в результате травмы съемных протезов процент стойкой утраты общей трудоспособности не определяется.</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 45 и 46 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.	Сужение глотки или пищевода в результате ожога или ранения:	

	А) умеренное - затрудненное прохождение твердой пищи (диаметр просвета в области сужения 0,6-1,5 см);	25
	Б) значительное - затрудненное прохождение мягкой пищи (диаметр просвета в области сужения 0,3-0,5 см);	40
	В) резкое - затрудненное прохождение жидкой пищи (диаметр просвета в области сужения 0,2 см и менее);	70
	Г) непроходимость (при наличии гастростомы), состояние после пластики пищевода.	90
51.	Нарушение функции органов пищеварения в результате травмы, острого отравления:	
	А) холецистит, дуоденит, гастрит, панкреатит, энтерит, колит, проктит, парапроктит;	15
	Б) спаечная болезнь, спаечная непроходимость (состояние после операции по поводу спаечной непроходимости), рубцовое сужение прямой кишки и заднепроходного отверстия;	30
	В) кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ;	50
	Г) противоестественный задний проход (колостома).	90
52.	Удаление желчного пузыря в результате травмы.	
53.	Удаление части печени в результате травмы.	
54.	Удаление селезенки в результате травмы.	
55.	Удаление желудка в результате травмы.	
56.	Удаление в результате травмы части (резекция):	
	А) брыжейки;	15
	Б) желудка, поджелудочной железы.	35
	<i>Примечание:</i> 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 35% в соответствии с критерием стойкой утраты общей трудоспособности, указанным в подпункте «Б» настоящего пункта.	
Мочеполовая система		
57.	Удаление части почки в результате травмы.	
58.	Удаление почки в результате травмы.	
59.	Нарушение функции мочевыделительной системы в результате травмы (осложнений травмы):	
	А) цистит, уретрит, пиелостит, пиелонефрит, умеренное сужение мочеточника, мочеиспускательного канала;	15
	Б) значительное сужение мочеточника, мочеиспускательного канала, уменьшение объема мочевого пузыря;	30

	В) мочеполовые свищи, непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала.	50
	<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.	
60.	Последствия повреждений органов мочеполовой системы с учетом тяжести повреждения:	
	А) легкая степень – умеренное сужение мочеиспускательного канала;	15
	Б) средняя степень - значительное сужение мочеиспускательного канала;	30
	В) тяжелая степень- непроходимость уретры, ректо-вагинальные и (или) уретро-вагинальные свищи.	50
61.	Г) травматическое удаление более 1/3 головки полового органа.	35
Мягкие ткани		
62.	Рубцы в результате ожогов, отморожений или ран, расположенные на лице и (или) переднебоковой поверхности шеи:	
	А) занимающие до 10% указанной поверхности;	5
	Б) занимающие 10-20%;	15
	В) занимающие 20-30%;	25
	Г) занимающие свыше 30%.	35
	<i>Примечание:</i> Условными анатомическими границами области лица считать: верхняя – край волосистого покрова головы; боковая – задний край ушной раковины, задний край ветви нижней челюсти; нижняя -угол и нижний край тела нижней челюсти. В случае отсутствия волосяного покрова головы, условной верхней границей лица считать, границу лобно-теменной области.	
63.	Наличие на туловище и конечностях (без нарушения функции суставов), волосистой части головы рубцов, образовавшихся в результате различных травм:	
	А) площадью от 5см ² до 0,5% поверхности тела	5
	Б) площадью от 0,5 до 2 % поверхности тела;	10
	В) площадью от 2 до 4% поверхности тела;	15
	Г) площадью от 4 до 6 % поверхности тела;	20
	Д) площадью от 6 до 8% поверхности тела;	25
	Е) площадью от 8 до 10% поверхности тела;	30
	Ж) площадью от 10 % и более.	35

<p><i>Примечание:</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.</p> <p>2. Один процент поверхности тела равен площади ладонной поверхности кисти и пальцев пострадавшего.</p> <p>3. При определении площади рубцов следует учитывать и рубцы, образовавшиеся на месте взятия кожного аутотрансплантата для замещения дефекта пораженного участка кожи.</p>			
Опорно-двигательный аппарат			
Позвоночник			
64.	Нарушение функции позвоночника в результате травмы любого его отдела, за исключением копчика:		
	А) умеренное ограничение подвижности;	30	
	Б) значительное ограничение подвижности;	40	
	В) резкое ограничение подвижности;	50	
	Г) полная неподвижность позвоночника (в том числе и одного из его отделов), резкая его деформация.	70	
<p><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.</p>			
65.	Удаление части копчика в результате травмы.	15	
66.	Удаление копчика в результате травмы.	20	
Верхняя конечность			
Лопатка и ключица		прав ая	лева я
67.	Нарушение функции плечевого пояса в результате перелома лопатки, ключицы, разрыва ключично-акромиального или грудинно-ключичного сочленений:		
	А) умеренная деформация, гипотрофия мышц, снижение силы конечности, умеренное ограничение движений в плечевом суставе;	15	10
	Б) значительная деформация, выраженная атрофия мышц, гипотрофия, значительное ограничение движений в плечевом суставе;	20	15
	В) резкая деформация, резкая атрофия мышц плечевого пояса, резкое ограничение движений в плечевом суставе.	25	20

	<i>Примечание:</i> 1. В случаях, когда правая (или левая) конечность является рабочей, используются проценты стойкой утраты общей трудоспособности, указанные в графе 3 соответственно «правая» или «левая».		
Плечевой сустав		спра ва	слев а
68.	Костный анкилоз (неподвижность) плечевого сустава, подтвержденный рентгенологическими данными.	40	35
69.	Болтающийся плечевой сустав в результате резекции головки плечевой кости или суставной поверхности лопатки в связи с травмой.	60	50
70.	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°;	15	10
	Б) значительно выраженное: сгибание (отведение плеча вперед) - 75°—115; разгибание (отведение назад) – 5–15°; отведение плеча в сторону —75-115°;	20	15
	В) резко выраженное: сгибание (отведение плеча вперед) – 5-70°; разгибание (отведение назад) – 0°; отведение плеча в сторону –5-70°.	30	25
	<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°.		
71.	Привычный вывих плеча. <i>Примечание:</i> При вывихе плеча, повлекшим за собой нарушение функции плечевого сустава, процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями, предусмотренными пунктом 70 настоящего Перечня.	20	15
Плечо		спра ва	слев а
72.	Отсутствие верхней конечности и лопатки (или части ее).	80	75
73.	Отсутствие верхней конечности после экзартикуляции в плечевом суставе или культи на уровне верхней трети плеча.	75	70
74.	Культи плеча на уровне средней или нижней трети.	70	65
75.	Ложный сустав или несросшийся перелом плечевой кости.	45	40
76.	Нарушение функций плеча:		
	А) Умеренное ограничение движений в локтевом и плечевом суставах;	20	15

	Б) Умеренное ограничение движений в одном из суставов (локтевом или плечевом) и значительное ограничение в другом;	25	20
	В) Значительное ограничение движений в локтевом и плечевом суставах или умеренное ограничение движений в одном из них и резкое ограничение в другом;	30	25
	Г) Значительное ограничение движений в одном из суставов (локтевом или плечевом) и резкое ограничение движений в другом;	35	30
	Д) Резкое ограничение движений в локтевом и плечевом суставах.	40	35
<p><i>Примечания:</i> 1. Для определения степени ограничения движений в локтевом и плечевом суставах следует пользоваться критериями стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренные пунктами 79 и 70 настоящего Перечня.</p> <p>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 79 и 70 настоящего Перечня.</p>			
Локтевой сустав		спра ва	слев а
77.	Болтающийся локтевой сустав в результате резекции суставной поверхности плечевой и локтевой костей.	50	40
78.	Костный анкилоз (неподвижность) локтевого сустава, подтвержденный рентгенологическими данными:		
	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
79.	Ограничение движений (контрактура) в локтевом суставе:		
	А) умеренно выраженная: (сгибание – 50-60°, разгибание – 170-160°);	10	10
	Б) значительно выраженная: (сгибание – 65-90°, разгибание – 155-140°);	20	15
	В) резко выраженная: (от 95° до 135°)	30	25
<p><i>Примечание.</i> В норме объем движений в локтевом суставе: сгибание – 30-45°; разгибание – 175-180°.</p>			
Предплечье		спра ва	слев а
80.	Отсутствие предплечья в результате экзартикуляции в локтевом суставе или культи на уровне верхней трети предплечья.	70	65

81.	Культя предплечья на уровне средней или нижней трети.	65	60
82.	Ложный сустав, несросшийся перелом в области диафиза или метафиза (верхняя, средняя или нижняя треть):		
	А) одной кости предплечья;	25	20
	Б) обеих костей предплечья.	40	35
83.	Нарушение функции предплечья:		
	А) умеренное ограничение, нарушение движений в лучезапястном и локтевом суставах, ограничение супинации и пронации от 45° до 60°;	15	10
	Б) умеренное ограничение движений в одном из суставов (лучезапястном или локтевом) и значительное в другом, ограничение супинации и пронации от 25° до 45°;	20	15
	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°;	25	20
	Г) значительное ограничение движений в одном из суставов (лучезапястном или локтевом) и резкое в другом;	30	25
	Д) резкое ограничение движений в лучезапястном и локтевом суставах.	35	30
	<p><i>Примечания:</i> 1. Для определения степени ограничения движений в лучезапястном и локтевом суставах следует пользоваться критериями, предусмотренными пунктами 85 и 79 настоящего Перечня.</p> <p>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 85 и 79 настоящего Перечня.</p> <p>3. Измерение амплитуды вращательных движений производится от 0° (положение среднее между пронацией и супинацией). При этом рука должна быть согнута в локтевом суставе под углом 90-100°.</p>		
Лучезапястный сустав		спра ва	слева
84.	Костный анкилоз лучезапястного сустава, подтвержденный рентгенологическим исследованием:		
	А) в функционально выгодном положении (сгибание или разгибание до 20°);	30	25

	Б) в функциональном невыгодном положении (сгибание или разгибание 20° и более).	40	35
85.	Ограничение движений (контрактура) в лучезапястном суставе:		
	А) легкая степень – умеренно выраженная контрактура (сгибание – 30-40°, разгибание – 30-40°);	10	10
	Б) средняя степень – значительно выраженная контрактура (сгибание – 20-25°, разгибание – 20-25°);	15	15
	В) сильная степень – резко выраженная контрактура (сгибание – 0-15°, разгибание – 0-15°).	25	20
<i>Примечание.</i> В норме объем движений в лучезапястном суставе: сгибание – 50-75°, разгибание – 50-70°. Отсчет ведется от 0 ⁰ .			
Кисть, запястье, пясть		спра ва	слев а
86.	Отсутствие кисти на уровне запястья или пястных костей.	65	60
87.	Ложные суставы или несросшиеся перелом костей запястья или пястных костей.	15	10
88.	Нарушение функции кисти в результате травмы запястья, пясти (деформация, снижение мышечной силы, нарушение хватательной способности, активного разгибания):		
	А) умеренно выраженное;	10	10
	Б) значительно выраженное;	15	10
	В) резко выраженное.	20	15
Пальцы кисти Первый (большой) палец		спра ва	слев а
89.	Значительные дефекты мягких тканей ногтевой фаланги, вызвавшие ее деформацию.	5	5
90.	Культия на уровне:		
	А) ногтевой фаланги;	10	10
	Б) межфалангового сустава;	15	15
	В) основной фаланги.	20	15
91.	Отсутствие пальца (экзартикуляция).	25	20
92.	Отсутствие пальца с пястной костью или частью ее.	30	25
93.	Костный анкилоз (неподвижность) одного из сустава пальца:		
	А) в функционально выгодном (полусогнутом) положении;	10	10
	Б) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении.	15	10
94.	Костный анкилоз (неподвижность) двух суставов пальца:		
	А) в функционально выгодном (полусогнутом) положении;	15	10
	Б) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении.	20	15

95.	Костный анкилоз (неподвижность) запястно-пястного сустава и двух суставов пальца:		
	А) в функционально выгодном (полусогнутом) положении;	20	15
	Б) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении.	25	20
96.	Нарушение функции пальца вследствие ограничения движений в суставах:		
	А) умеренно выраженного;	5	5
	Б) значительно выраженного;	10	10
	В) резко выраженного в функционально невыгодном (полусогнутом) положении;	15	10
	Г) резко выраженного в функционально невыгодном (резко согнутом или выпрямленном) положении;	20	15
Второй (указательный палец)		справа	слева
97.	Значительные дефекты мягких тканей ногтевой фаланги, вызвавшие ее деформацию.		5 5
98.	Культия на уровне:		
	А) ногтевой фаланги, второго (дистального) межфалангового сустава;	10	10
	Б) средней фаланги или первого (проксимального) межфалангового сустава;	15	10
	В) основной фаланги или пястно-фалангового сустава (отсутствие пальца).	20	15
99.	Отсутствие пальца с пястной костью.		25 20
100.	Нарушение функции пальца:		
	А) умеренно выраженное ограничение движений в суставах;	5	5
	Б) значительно выраженное ограничение движений в суставах, анкилоз или резкое ограничение движений во втором (дистальном) межфаланговом суставе;	10	10
	В) резко выраженное ограничение движений в суставах в функционально невыгодном (полусогнутом) положении, анкилоз первого (проксимального) межфалангового или пястно-фалангового сустава, подтвержденный рентгенологическими данными;	15	15
	Г) резко выраженное ограничение движений в суставах в функционально невыгодном (резко согнутом или выпрямленном) положении, анкилоз двух или трех суставов, подтвержденный рентгенологическими данными	20	15

Третий (средний), четвертый (безымянный) или пятый (мизинец) пальцы			
101.	Культя на уровне:		
	А) ногтевой фаланги или второго (дистального) межфалангового сустава;	10	10
	Б) средней фаланги или первого (проксимального) межфалангового сустава;	10	10
	В) основной фаланги или пястно-фалангового сустава (отсутствие пальца).	15	10
102.	Отсутствие пальца с пястной костью или частью ее.		20 15
103.	Нарушение функции одного пальца:		
	А) умерено ограничение движений в суставах, анкилоз, значительное или резкое ограничение движений во втором (дистальном) межфаланговом суставе;	5	5
	Б) контрактура пальца в функционально выгодном (полусогнутом) положении, е анкилоз первого (проксимального) или пястно-фалангового сустава, подтвержденный рентгенологическими данными;	10	10
	В) контрактура пальца в функционально невыгодном (резко согнутом или выпрямленном) положении, анкилоз двух или трех суставов, подтвержденный рентгенологическими данными.	15	15
Несколько пальцев одной кисти.			
104.	Отсутствие двух пальцев кисти:		
	А) первого и второго (I+II);	45	40
	Б) первого с третьим, четвертым или пятым (I+III), (I+IV), (I+V);	40	35
	В) второго с третьим, четвертым или пятым (II+III), II+IV), (II+V);	35	30
	Г) третьего с четвертым или пятым (III+IV), (III+V);	30	25
	Д) четвертого с пятым (IV+V);	30	25
105.	Отсутствие трех пальцев кисти:		
	А) первого и второго с третьим, четвертым или пятым (I+II+III), (I+II+IV), (I+II+V);	55	50
	Б) первого и третьего с четвертым или пятым (I+III+IV), (I+III+V);	50	45
	В) первого и четвертого с пятым (I+IV+V);	50	45
	Г) второго и третьего с четвертым (II+III+IV);	45	40
	Д) второго и четвертого с пятым (II+IV+V);	45	40
	Е) третьего и четвертого с пятым III+IV+V).	40	35
106.	Отсутствие четырех пальцев кисти:		

	А) первого, второго и третьего с четвертым или пятым (I+II+III+IV), (I+II+III+V);	60	55
	Б) первого, второго, четвертого и пятого (I+II+ IV+V);	60	55
	В) первого, третьего, четвертого и пятого (I+III+IV+V);	55	50
	Г) второго, третьего, четвертого и пятого (II+III+IV+V).	50	45
	<i>Примечание:</i> При отсутствии двух и более пальцев с пястными костями или частью их процент стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренный пунктами 105, 106, 107, настоящего Перечня, увеличивается независимо от количества пальцев на 5% однократно.		
107	Отсутствие всех пальцев кисти	65	60
108.	Нарушение функций пальцев кисти:		
	А) умеренное ограничение движений в суставах:		
	Двух пальцев;	10	5
	Трех пальцев;	15	10
	Четырех пальцев;	20	15
	Пяти пальцев.	25	20
	Б) значительное ограничение движений в суставах, а также анкилозы дистальных межфаланговых суставов:		
	Двух пальцев;	15	10
	Трех пальцев;	20	15
	Четырех пальцев;	25	20
	Пяти пальцев.	30	25
	В) резкое ограничение движений в суставах в функционально выгодном полусогнутом положении:		
	Двух пальцев;	20	15
	Трех пальцев;	25	20
	Четырех пальцев;	35	30
	Пяти пальцев.	45	40
	Г) резкое ограничение движений в суставах в функционально невыгодном (резко согнутом или выпрямленном) положении, а также анкилоз проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов:		
	Двух пальцев;	25	20
	Трех пальцев;	35	30
	Четырех пальцев;	40	35
	Пяти пальцев.	50	45
Таз			
109.	Нарушение функции таза в результате перелома костей, разрыва лонного или крестцово-подвздошного сочленений:		

	А) умеренное нарушение статики, походки, умеренное ограничение движений в одном тазобедренном суставе;	25
	Б) значительное нарушение статики, умеренное ограничение движений в двух тазобедренных суставах или значительное ограничение движений в одном из этих суставов;	30
	В) резкое нарушение статики, походки, значительное ограничение движений в обоих тазобедренных суставах или резкое ограничение движений в одном из этих суставов.	50
<i>Примечание.</i> При изолированных переломах вертлужной впадины процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями, предусмотренными пунктом 111 настоящего Перечня.		
Нижняя конечность Тазобедренный сустав		
110.	Костный анкилоз (неподвижность), а также болтающийся тазобедренный сустава, подтвержденные рентгенологическими данными:	
	А) анкилоз в функционально выгодном (разогнутом) положении;	45
	Б) анкилоз в функционально невыгодном (согнутом) положении;	60
	В) болтающийся тазобедренный сустав в результате резекции головки бедра и (или) вертлужной впадины	70
111.	Ограничение движений (контрактура) в тазобедренном суставе:	
	А) умеренно выраженное (сгибание – 70-80°, разгибание – 10°, отведение – 30-35°);	25
	Б) значительно выраженное (сгибание – от 55 до 70°, разгибание – 0-5°, отведение – от 30 до 20°);	30
	В) резко выраженное (сгибание – до 55°, разгибание – 0°, отведение – до - 20°).	35
<p><i>Примечания.</i> 1. В норме объем движений в тазобедренном суставе: сгибание – 90-100°, разгибание – 15°, отведение- 40 - 50° (отсчет ведется от 0°).</p> <p>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.</p>		

	3. Процент стойкой утраты общей трудоспособности по подпунктам «Б» или «В» настоящего пункта определяется только в том случае, если при судебно-медицинской экспертизе будет установлено ограничение движений в тазобедренном суставе в пределах, характерных для каждой степени не менее чем в двух направлениях. Если такое ограничение будет установлено только в одном направлении, процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренными подпунктами «А» или «Б» настоящего пункта.	
Бедро		
112.	Отсутствие нижней конечности в результате экзартикуляции в тазобедренном суставе или культя бедра на уровне верхней трети.	70
113.	Культя бедра на уровне средней или нижней трети.	65
114.	Ложный сустав или несросшийся перелом бедра.	55
115.	Нарушение функции конечности в результате травмы бедра:	
	А) умеренное нарушение статики, незначительная деформация, умеренное ограничение движений в тазобедренном или коленном суставах;	30
	Б) умеренное ограничение движений в одном из суставов (тазобедренном и коленном) и значительное в другом;	35
	В) значительное ограничение движений в тазобедренном и коленном суставах или умеренное ограничение движений в одном из них и резкое ограничение в другом;	45
	Г) значительное ограничение движений в одном из суставов (тазобедренном и коленном) и резкое ограничение движение в другом;	50
	Д) резкое ограничение движений в тазобедренном и коленном суставах.	60
	<p><i>Примечания:</i> 1. Для определения степени ограничения движений в коленном и тазобедренном суставах следует пользоваться критериями, предусмотренными пунктами 111 или 119 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 111 или 119 настоящего Перечня. Пункт 115 настоящего Перечня при этом не применяется.</p>	
Коленный сустав		

116.	Болтающийся коленный сустав, в результате резекции суставных поверхностей бедра и/или большеберцовой.	45
117.	Костный анкилоз (неподвижность) коленного сустава:	
	А) в функционально выгодном (разогнутом) положении;	35
	Б) в функционально невыгодном (согнутом под углом не более 160 ⁰) положении.	50
118.	Избыточная (патологическая) подвижность в суставе в результате разрыва связочного аппарата.	10
119.	Ограничение движений (контрактура) в коленном суставе:	
	А) умеренно выраженное (сгибание – от 75-85°, 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> В норме объем движений в коленном суставе: сгибание –40-70°, разгибание – 180°.	
Голень		
120.	Отсутствие голени в результате экзартикуляции в коленном суставе или культя на уровне верхней трети голени.	60
121.	Культия на уровне:	
	А) средней трети голени;	55
	Б) нижней трети голени.	50
122.	Ложный сустав или несросшейся 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
123.	Нарушение функции голени:	
	А) легкая степень - умеренное ограничение движений в коленном или голеностопном суставах;	25
	Б) средняя степень – умеренное ограничение движений в одном из этих суставов (коленном и голеностопном) и значительное ограничение в другом;	30

	В) сильная степень - значительное ограничение движений в коленном и (или) голеностопном суставах, или умеренное ограничение движений в одном и резкое ограничение в другом;	35
	Г) значительное ограничение движений в одном из суставов (коленном или голеностопном) и резкое ограничение в другом;	40
	Д) резкое ограничение движений в коленном и голеностопном суставах.	45
<p><i>Примечания:</i> 1. Для определения степени ограничения движений в коленном и голеностопном суставах следует пользоваться критериями, предусмотренными пунктами 119 и 126 настоящего Перечня.</p> <p>2. Если при судебно-медицинской экспертизе будет установлено, что травма голени повлекла за собой ограничение движений в одном из суставах (коленном или голеностопном), процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями предусмотренными пунктами 119 или 126 настоящего Перечня.</p>		
Голеностопный сустав		
124.	Болтающийся голеностопный сустав.	35
<p><i>Примечание:</i> Пункт 124 настоящего Перечня применяется при частичном или полном отсутствии суставных поверхностей большеберцовой и таранной костей, подтвержденном данными рентгенологического исследования.</p>		
125.	Костный анкилоз (неподвижность) голеностопного сустава, подтвержденный рентгенологическими данными:	
	А) в функционально выгодном положении (под углом 90-95°);	30
	Б) в функционально невыгодном (каком-либо ином) положении.	40
126.	Ограничение движений (контрактура) в голеностопном суставе:	
	А) умеренно выраженное (разгибание – 80-85°, сгибание – 110-130°);	15
	Б) значительно выраженное (разгибание – 90-95°, сгибание – 90-105°);	20
	В) резко выраженная контрактура (разгибание и сгибание в пределах 10°).	25
<p><i>Примечание.</i> Объем движений в голеностопном суставе в норме: разгибание – 70-75°, сгибание – 135-140°. Отсчет ведется от угла 90° – функционально выгодного положения стопы.</p>		
Стопа		

127.	Отсутствие стопы в результате экзартикуляции в голеностопном суставе или ампутации на уровне пяточной или таранной кости.	45
128.	Отсутствие дистального отдела стопы в результате ампутации на уровне костей предплюсны;	40
129.	Отсутствие дистального отдела стопы в результате ампутации на уровне плюсневых костей.	35
130.	Нарушение функции стопы в результате ее травмы:	
	А) умеренно выраженная отечность, умеренное нарушение статики;	15
	Б) значительно выраженная отечность, значительное нарушение статики, умеренное ограничение движений в голеностопном суставе;	20
	В) резко выраженная отечность, резкое нарушение статики, значительное ограничение движений в голеностопном суставе;	25
	Г) резко выраженная отечность, резкое нарушение статики, резкое ограничение движений в голеностопном суставе.	30
Пальцы стопы		
131.	Отсутствие всех пальцев стопы в результате экзартикуляции в плюснефаланговых суставах, или ампутации на уровне основных фаланг.	25
132.	Отсутствие первого пальца с плюсневой костью или частью ее.	15
133.	Отсутствие первого пальца в результате экзартикуляции в плюснефаланговом суставе или ампутация на уровне основной фаланги.	10
134.	Нарушение функции первого пальца в результате травмы или культи на уровне ногтевой фаланги или межфалангового сустава.	10
135.	Отсутствие пальцев одной стопы в результате экзартикуляции в плюснефаланговом суставе или культи на уровне основной фаланги (кроме первого):	
	А) одного– трех пальцев;	10
	Б) четырех пальцев.	15
136.	Отсутствие пальца с плюсневой костью или частью ее (кроме первого):	
	А) одного пальца;	10
	Б) двух - трех пальцев;	15
	В) четырех пальцев.	20
137.	Нарушение функции пальцев (кроме первого):	
	А) одного-двух пальцев;	5

	Б) трех-четырех пальцев.	10
	<i>Примечание:</i> Если после результате травмы двух и более пальцев стопы (кроме первого), функция одного из них полностью восстановилась, а функция остальных оказалось нарушенной, процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями, предусмотренными настоящим пунктом.	
138.	Посттравматические тромбозы, лимфостаз, нарушение трофики:	
	А) умеренная отечность, умеренная пигментация, бледность кожных покровов;	5
	Б) значительная отечность, цианоз, трофические язвы, площадью до 4 см ² ;	10
	В) резкая отечность («слоновость») конечности, цианоз, трофические язвы площадью более 4 см ² .	15
	<i>Примечание:</i> Критерии стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренные настоящим пунктом, применяются при тромбозах, лимфостазах и нарушениях трофики, наступивших вследствие травмы верхних или нижних конечностей за исключением повреждений крупных периферических сосудов и нервов	
139.	Травматический остеомиелит:	
	Б) при наличии функционирующих свищей и гнойных ран.	10
140.	Закрытые переломы плечевого, тазобедренного, коленных суставов, потребовавших их резекции и эндопротезирования.	35

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данная методика позволяет проводить судебно-медицинскую экспертизу потерпевших подозреваемых и других лиц, для установления степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

Необходимо отметить, что методика разработана с целью оптимизации, повышения эффективности, улучшения качества производства судебно-медицинских экспертиз, в соответствии с требованиями Уголовно-процессуального кодекса и комментариев к Уголовному кодексу Республики Казахстан, с соблюдением требований нормативно-правовых актов, регламентирующих судебно-экспертную деятельность Республики Казахстан, а также с учетом современных данных научно-методической литературы.

В методике даны четкие разъяснения кем, как, где, в каких случаях и по каким объектам исследования проводится судебно-медицинская оценка тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

Указан алгоритм действия эксперта в случае установления последствий или исхода травм, при проведении экспертиз по медицинским документам, в том числе и при производстве комиссионных экспертиз, когда судебно-медицинская оценка тяжести вреда здоровью вызывает затруднения в связи, с противоречивыми данными медицинских документов о характере, последствиях, продолжительности заболевания или травмы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Томилин В.В., Пашинян Г.А. Руководство по судебной медицине. Москва "Медицина" 2001г.
2. Пиголкин Ю.И., Богомолова И.Н. Атлас по судебной медицине. ООО "Медицинское информационное агентство" 2006г.
3. Диагностикум механизмов и морфологии переломов при тупой травме скелета (костей черепа, грудной клетки и пояса верхних конечностей, позвоночника) В.Н. Крюков, 1998- 2000 г.
4. Юмашев Г.С. Травматология и ортопедия. Москва «Медицина» 1977г.
5. Борчашвили И.Ш. Комментарий к Уголовному кодексу Республики Казахстан. Алматы: Жеті Жарғы, 2015г.
6. Закон Республики Казахстан от 10 февраля 2017г. №44-VI ЗРК «О судебно-экспертной деятельности РК».
7. Приказ Министра юстиции Республики Казахстан от 27 апреля 2017г. №484 «Об утверждении Правил организации и производства судебных экспертиз и исследований в органах судебной экспертизы».