

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА  
ХАРАКТЕРА И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ  
ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2020

УДК 340.6:614.8(075.8)  
ББК 58я73  
С89

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 18.04.2020 г., протокол № 8

Авторы: В. А. Чучко, В. В. Семёнов, Т. Л. Доморацкая, А. М. Тетюев

Рецензенты: канд. мед. наук, доц., зав. каф. судебной медицины Института повышения квалификации и переподготовки кадров Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь А. Ю. Крылов; канд. мед. наук, доц., зам. начальника каф. криминалистики Академии Министерства внутренних дел Республики Беларусь А. О. Гусенцов

**Судебно-медицинская** экспертиза характера и степени тяжести телесных повреждений : учебно-методическое пособие / В. А. Чучко [и др.]. – Минск : БГМУ, 2020. – 39 с.

ISBN 978-985-21-0614-6.

Изложены современные принципы установления характера и степени тяжести телесных повреждений, методика проведения судебно-медицинской экспертизы.

Предназначено для студентов 3-го курса медико-профилактического, 4-го курса стоматологического, 5-го курса лечебного, военно-медицинского, педиатрического факультетов и медицинского факультета иностранных учащихся.

УДК 340.6:614.8(075.8)  
ББК 58я73

ISBN 978-985-21-0614-6

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2020

## МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

**Тема занятия:** «Судебно-медицинская экспертиза характера и степени тяжести телесных повреждений». Данная тема изучается в рамках дисциплины «Судебная медицина» в разделе «Судебно-медицинская экспертиза физических лиц».

**Общее время занятий:** 6 ч.

В соответствии со ст. 228 Уголовно-процессуального кодекса Республики Беларусь, установленная в процессе дознания, следствия или суда возможность получения травмы человеком или факт ее получения являются основанием для обязательного назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы характера и степени тяжести телесных повреждений. Экспертиза производится врачом — государственным медицинским судебным экспертом. Вместе с тем в проведении таких экспертиз в качестве консультантов или членов судебно-медицинской комиссии нередко участвуют и врачи других специальностей: травматологи, невропатологи, стоматологи, окулисты и др. Следовательно, врач любой специальности должен иметь представление о методических принципах и особенностях исследований для установления характера и степени тяжести телесных повреждений при решении правовых вопросов.

**Цель занятия:** овладеть знаниями о методических принципах и особенностях обследования пострадавшего для установления характера и степени тяжести телесных повреждений.

**Задачи занятия:**

1. Освоить процессуальные положения, регламентирующие производство судебно-медицинских экспертиз характера и степени тяжести телесных повреждений.
2. Изучить алгоритм производства экспертизы и разрешаемые вопросы.
3. Закрепить знания по методике описания различных телесных повреждений.
4. Научиться устанавливать степень тяжести телесных повреждений по результатам обследования пострадавшего.

**Требования к исходному уровню знаний.** Для полного освоения темы студенту необходимо повторить материал из следующих разделов:

- травматологии: общая реакция организма на травму (коллапс, травматический шок, травматический токсикоз, различные виды эмболии, кровопотеря);
- неврологии: черепно-мозговая травма (виды ЧМТ и их клиническая диагностика, осложнения и исходы травмы);
- офтальмологии: виды повреждений органа зрения и их клиническая диагностика, осложнения и исходы травмы;

- акушерства: беременность, аборт, производительная (репродуктивная) способность (связь прерывания беременности с травмой или заболеванием);
- оториноларингологии: виды повреждений органа слуха и их клиническая диагностика, осложнения и исходы травмы;
- челюстно-лицевой хирургии и стоматологии: повреждения костей лицевого скелета и зубов.

**Контрольные вопросы из смежных дисциплин:**

1. Клиническая диагностика травматического шока, травматического токсикоза, кровопотери, эмболий.
2. Клиническая симптоматика различных форм ЧМТ.
3. Основные клинические проявления повреждений органов зрения и слуха.
4. Причины прерывания беременности, незаконное производство абортов.
5. Характеристика переломов костей лицевого скелета и травматических повреждений зубов.

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

1. Определение понятия и классификация степени тяжести телесных повреждений в соответствии с Уголовным кодексом Республики Беларусь и Кодексом Республики Беларусь об административной ответственности.
2. Тяжкие телесные повреждения: критерии, примеры.
3. Менее тяжкие телесные повреждения: критерии, примеры.
4. Легкие телесные повреждения: критерии, примеры.
5. Опасность для жизни как критерий степени тяжести телесных повреждений.
6. Потеря зрения, речи, слуха, какого-либо органа или утрата органом его функций как критерии тяжкого телесного повреждения.
7. Прерывание беременности и психическое расстройство (заболевание) как критерии тяжкого телесного повреждения.
8. Неизгладимое обезображение лица или шеи как критерий тяжкого телесного повреждения.
9. Утрата общей трудоспособности как критерий степени тяжести телесных повреждений.
10. Длительность расстройства здоровья как критерий степени тяжести телесных повреждений.
11. Методические принципы организации и судебно-медицинской экспертизы в случаях ЧМТ.
12. Организация и методические принципы судебно-медицинской экспертизы для определения характера и степени тяжести телесных повреждений.

### **Задания для самостоятельной работы:**

1. Повторить соответствующие темы из разделов вышеперечисленных медицинских дисциплин.
2. Дать ответы на контрольные вопросы из смежных дисциплин.
3. Ознакомиться с методическими принципами организации и проведения судебно-медицинской экспертизы для определения степени тяжести телесных повреждений и в случаях ЧМТ.
4. Освоить методику описания различных телесных повреждений.
5. Изучить квалифицирующие признаки (критерии) каждой степени тяжести телесных повреждений.
6. Ознакомиться с медицинскими признаками (критериями) для установления степени тяжести телесных повреждений.
7. После усвоения материала, изложенного в учебно-методическом пособии, ответить на контрольные вопросы по теме занятия.
8. Закрепить результаты обучения на практическом занятии по судебно-медицинской экспертизе физических лиц.

**Технические средства обучения:** учебно-методическое пособие «Судебно-медицинская экспертиза характера и степени тяжести телесных повреждений», «Инструкция о порядке проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений», «Информационное письмо по описанию различных видов телесных повреждений», «Методические рекомендации к экспертной оценке клинического диагноза различных форм черепно-мозговой травмы и экспертизе степени тяжести телесных повреждений», «Инструкция о порядке организации оказания медицинской помощи пациентам с черепно-мозговой травмой», копии «Заключение эксперта», фотографии.

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «ТЕЛЕСНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ»**

В соответствии с Инструкцией о порядке проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений (2016 г.), **под телесным повреждением понимаются возникшие в результате травмирующего воздействия физических, химических, биологических, психических и других факторов внешней среды объективно установленные нарушения анатомической целостности и (или) физиологических функций тканей, органов и (или) систем организма человека.**

Телесные повреждения возникают от действия различных факторов внешней среды, которые представлены следующими группами:

### **1. Физические факторы:**

– механические — травмирующее действие от кинетической энергии предметов (энергии движущегося тела);

– электромагнитные — травмирующее действие за счет энергии заряженных частиц и созданных ими полей;

– барометрические — травма возникает вследствие измененного давления окружающей среды;

– термические — повреждения за счет действия тепловой энергии либо в результате нарушения теплового обмена между организмом и окружающей средой;

– лучистая энергия — повреждения от ионизирующего излучения (рентгеновские и гамма-лучи), инфракрасного или ультрафиолетового излучения.

2. **Химические факторы** — травма за счет энергии химических связей и физико-химических свойств вещества.

3. **Биологические факторы** — травма вследствие энергетических свойств биологических объектов. Повреждающее действие биологических факторов может быть обусловлено их химическими и физико-химическими свойствами (отравление токсинами насекомых, змей, микроорганизмов и пр.), либо за счет физического воздействия биологических объектов (механические повреждения представителями животного мира).

4. **Психические факторы** — травма в результате энергии психического воздействия.

## **КЛАССИФИКАЦИЯ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**

В соответствии с Уголовным кодексом Республики Беларусь и Кодексом Республики Беларусь об административных правонарушениях **телесные повреждения по степени тяжести** подразделяются:

– на тяжкие;

– менее тяжкие;

– легкие;

– не повлекшие за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты трудоспособности.

В соответствующих статьях Уголовного кодекса и Кодекса об административных правонарушениях приведены квалифицирующие признаки (критерии) каждой степени тяжести телесных повреждений. Пояснения медицинских критериев (признаков) приведены в Инструкции о порядке проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений.

## МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ (ПРИЗНАКИ) ТЯЖКИХ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

Тяжкие телесные повреждения определяют следующие критерии (признаки):

1. Опасность для жизни.
2. Потеря зрения, речи, слуха, какого-либо органа или утрата органом его функций.
3. Прерывание беременности.
4. Психическое расстройство (заболевание).
5. Расстройство здоровья, соединение со стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть.
6. Расстройство здоровья, связанное с травмой костей скелета, на срок свыше четырех месяцев.
7. Неизгладимое обезображение лица или шеи.

**Опасность для жизни. *Опасные для жизни*** — это повреждения, которые по своему характеру непосредственно создают угрозу для жизни, либо повреждения, вызвавшие угрожающее жизни состояние. Предотвращение смертельного исхода, обусловленное оказанием медицинской помощи, не принимается во внимание при оценке опасности для жизни таких повреждений.

В Инструкции о порядке проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений приведен перечень повреждений (далее — Инструкция), опасных для жизни:

- рана головы, проникающая в полость черепа, в том числе без повреждения головного мозга;
- перелом свода и (или) основания черепа, за исключением изолированной трещины их наружной или внутренней костной пластинки;
- ушиб головного мозга средней степени, или травматическое эпидуральное либо субдуральное кровоизлияние, или субдуральная гигрома, или субарахноидальное кровоизлияние, или внутримозговое кровоизлияние, или кровоизлияния в желудочки головного мозга при наличии угрожающего для жизни состояния;
- ушиб головного мозга тяжелой степени, диффузное аксональное повреждение головного мозга;
- рана шеи, проникающая в полость черепа, или в плевральную полость, или в просвет глотки, или гортани, или трахеи, или пищевода;
- перелом подъязычной кости или хрящей гортани: щитовидного, или перстневидного, или черпаловидного, или надгортанного, или рожковидного, или трахеальных хрящей при наличии угрожающего для жизни состояния;

– оскольчатый перелом тела (с повреждением его дорсальных отделов) шейного позвонка, или двусторонний перелом дуги шейного позвонка, или перелом зуба II шейного позвонка, односторонний перелом дуги шейного позвонка с нарушением функций спинного мозга<sup>1</sup>, односторонние переломы дуг двух и более шейных позвонков, в том числе без нарушения функций спинного мозга;

– односторонний вывих одного шейного позвонка с нарушением функций спинного мозга, двусторонний вывих шейного позвонка или односторонний вывих двух и более шейных позвонков, в том числе без нарушений функций спинного мозга, травматический разрыв межпозвонкового диска на уровне шейного отдела позвоночника с нарушением функций спинного мозга;

– ушиб шейного отдела спинного мозга с нарушением его функции;

– рана грудной клетки, проникающая в плевральную полость, или в полость перикарда, или в брюшную полость, в том числе без повреждения внутренних органов;

– закрытое повреждение (размозжение, отрыв, разрыв<sup>2</sup>) органов шеи и грудной полости: сердца, или легкого, или бронхов, или трахеи, или пищевода, или вилочковой железы, или диафрагмы, или лимфатического грудного протока;

– множественные двусторонние или односторонние переломы ребер с образованием подвижного участка грудной стенки по типу «реберного клапана»;

– перелом тела или дуги грудного позвонка с нарушением функции спинного мозга;

– вывих грудного позвонка или травматический разрыв межпозвонкового диска в грудном отделе с нарушением функций спинного мозга;

– ушиб грудного отдела спинного мозга с нарушением его функций;

– рана живота, проникающая в брюшную или грудную полость, в том числе без повреждения внутренних органов;

– закрытое повреждение (размозжение, отрыв, разрыв) органов брюшной полости: селезенки, или печени, или (и) желчного пузыря, или желудка, или тонкой кишки, или толстой кишки (за исключением нижней трети прямой кишки), или большого сальника, или брыжейки толстой и (или) тонкой кишки, органов забрюшинного пространства (поджелудочной железы, или почки, или надпочечника, или мочеточника);

---

<sup>1</sup> Под нарушением функций спинного мозга понимается нарушение функции тазовых органов или нарушения двигательной функции (параличи (плегии), парезы), которые могут быть как проходящими, так и не являться таковыми.

<sup>2</sup> Под разрывом органа понимается полное нарушение целостности стенки полого органа или повреждение ткани паренхиматозного органа с разрывом его капсулы.



- рана живота, или спины, или таза, проникающая в забрюшинное пространство, с повреждением органов забрюшинного пространства: поджелудочной железы, или почки, или надпочечника, или мочеточника, или нисходящей либо горизонтальной части двенадцатиперстной кишки, или восходящей либо нисходящей части ободочной кишки;
- перелом тела или дуги поясничного позвонка с нарушением функций спинного мозга и (или) корешков «конского хвоста»;
- вывих поясничного позвонка или травматический разрыв межпозвонкового диска в поясничном, пояснично-крестцовом отделе с нарушением функций спинного мозга и (или) корешков «конского хвоста»;
- ушиб поясничного отдела спинного мозга с нарушением его функций и (или) корешков «конского хвоста»;
- повреждение (размозжение, отрыв, разрыв) яичка или тазовых органов: открытое и (или) закрытое повреждение мочевого пузыря, или яичника, или маточной (фаллопиевой) трубы, или матки, или предстательной железы;
- переломы диафизов длинных трубчатых костей (плечевой, бедренной, большеберцовой), за исключением поднадкостничных переломов у лиц в возрасте до 18 лет;
- ротационно-нестабильные или вертикально-нестабильные переломы костей таза: двусторонние переломы переднего тазового полукольца с нарушением непрерывности; односторонние переломы костей таза в заднем отделе с нарушением непрерывности тазового кольца;
- изолированные переломы крестца с нарушением функций корешков «конского хвоста»;
- рана, проникающая в позвоночный канал шейного, или грудного, или поясничного, или крестцового отдела позвоночника, в том числе без повреждения спинного мозга и «конского хвоста»;
- закрытое повреждение спинного мозга: полный или неполный перерыв спинного мозга, размозжение спинного мозга;
- кровоизлияние внутри канала спинного мозга с нарушением его функций;
- повреждение (разрыв, отрыв, рассечение, травматическая аневризма) крупных кровеносных сосудов: аорты, или сонной артерии (общей, наружной, внутренней), или вертебрального отдела позвоночной артерии, или подключичной, или подмышечной, или плечевой, или подвздошной (общей, наружной, внутренней), или бедренной, или подколенной артерии и (или) сопровождающих их магистральных вен;
- тупая травма рефлексогенных зон: области гортани, каротидных синусов, солнечного сплетения, наружных половых органов при наличии угрожающего для жизни состояния;

– термические, или химические, или электрические, или лучевые ожоги III–IV степени, превышающие 10 % поверхности тела, ожоги III степени, превышающие 15 % поверхности тела, ожоги II степени, превышающие 20 % поверхности тела;

– отморожения III–IV степени с площадью поражения, превышающей 10 % поверхности тела; отморожения III степени с площадью поражения, превышающей 15 % поверхности тела; отморожения II степени с площадью поражения, превышающей 20 % поверхности тела;

– лучевые поражения, проявляющиеся острой лучевой болезнью тяжелой и крайне тяжелой степени;

– острое отравление химическими и биологическими веществами при наличии угрожающего жизни состояния;

– различные виды механической асфиксии, последствия общего воздействия высокой или низкой температуры (тепловой удар, солнечный удар, общее перегревание, переохлаждение организма), последствия воздействия высокого или низкого атмосферного давления (баротравма, кессонная болезнь), последствия воздействия технического или атмосферного электричества (электротравма), последствия других форм неблагоприятного воздействия (обезвоживание, истощение, перенапряжение организма) при наличии угрожающего жизни состояния;

– повреждение, вызвавшее угрожающее жизни состояние.

**Угрожающее жизни состояние** представляет собой расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и без оказания медицинской помощи обычно заканчивается смертью. Возникновение угрожающего жизни состояния должно быть непосредственно связано с причинением телесных повреждений.

К угрожающим жизни состояниям относятся:

– шок тяжелой (III–IV) степени;

– кома различной этиологии;

– острая или обильная (массивная) кровопотеря (гипотензия — систолическое артериальное давление ниже 100 мм рт. ст., тахикардия — частота сердечных сокращений более 100 в минуту, тахипноэ — частота дыхательных движений более 25 в минуту, уровень гемоглобина ниже 80 г/л, гематокрит ниже 30 %, дефицит объема циркулирующей крови ниже 35 %);

– острая сердечная недостаточность (отек легких, кардиогенный шок), или сосудистая недостаточность (некроз внутреннего органа, гангрена конечности), или нарушение мозгового кровообращения с выраженной общемозговой симптоматикой, угнетением сознания, признаками отека головного мозга с дислокационными проявлениями, вегетативно-трофическими нарушениями, грубыми очаговыми симптомами;

– острое поражение почек (острая почечная недостаточность) — олигоанурия (менее 0,3 мл/кг в час) на протяжении более 24 часов или анурия на протяжении более 12 часов, повышение содержания креатинина в крови в 3 раза и более (354 мкмоль/л и более с ежедневным приростом 44 мкмоль/л на протяжении 1–7 дней);

– острая печеночная недостаточность (печеночная энцефалопатия или печеночная кома на фоне выраженных нарушений функций печени);

– острая надпочечниковая недостаточность с резко выраженными сердечно-сосудистыми и нервно-психическими расстройствами (сосудистый коллапс с резким падением артериального давления, коматозное состояние);

– острый панкреонекроз;

– острая дыхательная недостаточность (кома, тахипноэ (частота дыхания 40 и более) или брадипноэ (частота дыханий 8–10), снижение  $pO_2$  до 50 мм рт. ст., увеличение  $pCO_2$  — до 80–90 мм рт. ст. и более);

– гнойно-септическое состояние;

– расстройство регионарного и (или) органного кровообращения, приводящее к инфаркту внутреннего органа или гангрене конечности;

– эмболия различной этиологии сосудов головного мозга или легких с резко выраженными явлениями гипоксии, грубыми нарушениями со стороны центральной нервной системы;

– синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (стадия гипокоагуляции).

В случае, если угрожающее жизни состояние развивается в результате множественных телесных повреждений и невозможно выделить из их числа какое-нибудь отдельное повреждение в качестве его причины, отдельная оценка по степени тяжести каждого из них не дается, при этом все указанные телесные повреждения определяются как тяжкие.

**Потеря зрения, речи, слуха, какого-либо органа или утрата органом его функций. Потеря зрения** — это полная стойкая слепота на оба глаза или такое необратимое состояние, когда в результате травмы у физического лица возникло ухудшение зрения, что соответствует остроте зрения, равной 0,04 и ниже без учета коррекции.

Потеря зрения на один глаз оценивается по критерию стойкой утраты общей трудоспособности в соответствии с «Таблицей процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате травмирующего воздействия физических, химических, биологических, психических и других факторов внешней среды» (далее — Таблица) (приложение к Инструкции).

Посттравматическое удаление одного глазного яблока, обладавшего зрением до травмы, также оценивается в соответствии с Таблицей.

Степень тяжести телесного повреждения в результате потери слепого глаза определяется по длительности расстройства здоровья.

**Потеря речи** — необратимая потеря способности выражать мысли членораздельными звуками, понятными для окружающих.

**Потеря слуха** — полная стойкая глухота на оба уха или такое необратимое состояние, когда физическое лицо не слышит разговорную речь на расстоянии 3–5 см от ушной раковины без учета коррекции.

Потеря слуха на одно ухо оценивается в соответствии с Таблицей.

**Потеря руки или ноги** — отделение их от туловища (не ниже локтевого и коленного суставов), или стойкая утрата ими функций (паралич или иное состояние, исключаящее их функции).

**Потеря производительной (репродуктивной) способности** — у мужчин выражается в потере способности к совокуплению или оплодотворению, у женщин — в потере способности к совокуплению, или зачатию, или вынашиванию плода, или деторождению.

**Прерывание беременности** — прекращение течения беременности, вызванное причинными телесными повреждениями, с развитием выкидыша, гибелью плода, преждевременными родами (22–36 недель гестации) либо нарушение течения беременности, обусловившее необходимость медицинского вмешательства по ее прерыванию.

Если внешние причины обусловили необходимость прерывания беременности путем медицинского вмешательства (выскабливание матки, кесарево сечение и пр.), то эти повреждения и наступившие последствия приравниваются к прерыванию беременности и оцениваются как тяжкие телесные повреждения.

**Психическое расстройство (заболевание)** — его возникновение должно находиться в причинно-следственной связи с причинными телесными повреждениями, т. е. быть их последствием.

**Расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть**, — это стойкая утрата (свыше 33 %) функций тканей, органов и (или) систем организма, приводящая к нарушениям, в том числе ограничениям жизнедеятельности (ограничение способности к самообслуживанию независимо от квалификации и профессии (специальности) физического лица, потеря способностей физического лица к действию, направленному на получение социально значимого результата в виде определенного продукта, изделия или услуги).

В случае наличия нескольких телесных повреждений (их последствий) в пределах одного органа процент стойкой утраты общей трудоспособности устанавливается путем суммирования, но не должен превышать процента, который может быть установлен при полной потере данного органа либо утрате его функций.

В случае наличия повреждений (их последствий) двух и более органов процент стойкой утраты общей трудоспособности не суммируется, а устанавливается по наибольшему значению, предусмотренному Таблицей.

**Расстройство здоровья, связанное с травмой костей скелета, на срок свыше четырех месяцев** — длительность расстройства здоровья свыше четырех месяцев, исходя из сроков консолидации перелома без учета времени дальнейшего восстановления утраченной в результате перелома кости функции, лечения патологических последствий травмы со стороны мягких тканей суставов и медицинской реабилитации пострадавшего физического лица.

**Неизгладимое обезображение лица или шеи** — неустранимое без оперативного вмешательства (например, косметической операции) повреждение, в том числе нарушение симметрии лица, мимики, рубцы, изъязвление лица или шеи, отделение носа, губы, уха и другие изъяны лица или шеи, причиненные механическим воздействием, воздействием пламени, агрессивных веществ и др.

Если телесное повреждение на лице или шее признано судебным экспертом неизгладимым, в заключении эксперта одновременно со степенью тяжести телесного повреждения, установленной исходя из общих медицинских критериев, определенных Инструкцией, указывается, какая степень тяжести может быть установлена такому повреждению в случае признания его в установленном порядке обезображивающим.

Судебный эксперт не решает вопрос о признании телесного повреждения обезображивающим, он находится в компетенции суда.

## **МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ (ПРИЗНАКИ) МЕНЕЕ ТЯЖКИХ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ**

Менее тяжкие телесные повреждения определяют следующие критерии (признаки):

1. Длительное расстройство здоровья.
2. Значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть.

**Длительное расстройство здоровья** — временное нарушение функций тканей, органов и (или) систем организма, непосредственно связанное с телесным повреждением, его последствием, на срок свыше трех недель, а для повреждения, связанного с травмой костей скелета, — на срок свыше трех недель, но не более четырех месяцев.

**Значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть** — стойкая утрата общей трудоспособности от 10 до 33 % включительно.

## **МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ (ПРИЗНАКИ) ЛЕГКИХ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ**

Легкие телесные повреждения определяют следующие критерии (признаки):

1. Кратковременное расстройство здоровья.
2. Незначительная стойкая утрата общей трудоспособности.

**Кратковременное расстройство здоровья** — временное нарушение функций тканей, органов и (или) систем организма продолжительностью свыше шести дней, но не более трех недель от момента причинения травмы.

**Незначительная стойкая утрата общей трудоспособности** — стойкая утрата общей трудоспособности менее 10 %.

**Медицинский критерий (признак) телесного повреждения, не повлекшего за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности**, — незначительные скоропроходящие последствия для здоровья, длившиеся не более шести дней включительно.

## **ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ХАРАКТЕРА И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ**

Судебно-медицинская экспертиза по определению степени тяжести телесных повреждений проводится судебными экспертами, а также врачами-специалистами организаций здравоохранения, иными специалистами, которым поручено ее проведение в порядке, установленном процессуальным законодательством.

При определении степени тяжести телесных повреждений у физического лица судебным экспертом устанавливается наличие у него телесных повреждений, определяется их характер (ссадина, кровоподтек, рана, перелом и т. п.), количество, локализация, механизм образования, а также указывается, медицинские критерии (признаки) какой степени тяжести имеют телесные повреждения.

Судебным экспертом изучаются представленные медицинские и другие документы, у физического лица выясняются обстоятельства, при которых было причинено телесное повреждение, жалобы на состояние здоровья, иные необходимые для определения степени тяжести телесных повреждений сведения, проводится обследование физического лица.

Перед началом обследования физического лица судебный эксперт удостоверяется в его личности. Обследование самостоятельно прибывшего в экс-

пертное учреждение физического лица, удостовериться в личности которого не представляется возможным, не проводится. При отсутствии документов, удостоверяющих личность физического лица, доставленного для проведения обследования в экспертное учреждение, данные о его личности записываются со слов представителя органа (лица), доставившего физическое лицо на экспертизу.

В ходе обследования физического лица судебным экспертом фиксируются характер телесного повреждения, количество, локализация и иные необходимые признаки, а также сведения из медицинских и иных документов, касающиеся поставленного перед судебным экспертом вопроса.

Если судебный эксперт при обследовании физического лица обнаруживает телесные повреждения, различные по механизму образования, то указывается механизм образования каждого из них.

В случае, когда телесные повреждения имеют различную давность образования, указывается давность возникновения и степень тяжести каждого из них.

При установлении нескольких признаков, характеризующих телесное повреждение как тяжкое, все они указываются в заключении эксперта.

Если обследование физического лица невозможно, судебно-медицинская экспертиза по определению степени тяжести телесных повреждений может проводиться по представленным в установленном порядке органом (лицом), назначившим экспертизу, медицинским и другим документам, содержащим исчерпывающие данные о характере повреждений и их клиническом течении, а также иные сведения, необходимые судебному эксперту для ее проведения.

В ходе проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений характер и продолжительность заболевания или нарушения функций тканей, органов и (или) систем организма, связанных с телесным повреждением, оцениваются судебным экспертом исходя из объективных медицинских данных, установленных в процессе проведения экспертизы. При этом длительность лечения может не совпадать с продолжительностью заболевания или нарушения функций, связанных с телесными повреждениями.

Если продолжительность заболевания, указанная в медицинских документах, не соответствует характеру причиненного телесного повреждения и не подтверждается объективными данными, или длительность расстройства здоровья, вызванная выявленным телесным повреждением, не совпадает с длительностью расстройства здоровья, указанной в медицинских документах, судебным экспертом в его выводах отмечается это обстоятельство и устанавливается степень тяжести телесного повреждения исходя из объективных данных.

Обострение предшествующих заболеваний после причинения телесного повреждения, а также случайные другие последствия телесного повреждения, возникающие в силу обстоятельств, индивидуальных особенностей организма, недостатков в оказании медицинской помощи, не являются основанием для изменения степени тяжести телесного повреждения. В таких случаях в заключении эксперта указывается характер наступившего ухудшения или осложнения и в какой причинной связи оно находится с данным телесным повреждением.

Если у физического лица имелись какие-либо предшествующие телесному повреждению травма или заболевание с полностью или частично утраченной функцией ткани, органа и (или) систем организма, то учитывается только телесное повреждение, вызванное настоящей травмой и причинно с ней связанное. Степень тяжести телесных повреждений болезненно измененного внутреннего органа устанавливается без учета имеющейся патологии.

Если судебным экспертом установлено, что телесное повреждение является опасным для жизни исследуемого физического лица либо последствия и исход неопасного для жизни телесного повреждения не вызывают сомнений, судебным экспертом может быть определена степень тяжести телесного повреждения, не дожидаясь его исхода.

При решении вопроса о стойкой утрате трудоспособности физического лица устанавливается процент стойкой утраты общей трудоспособности. При этом вопрос о степени утраты профессиональной трудоспособности не решается.

Вопрос о проценте стойкой утраты общей трудоспособности решается через четыре месяца со дня травмы, за исключением случаев, когда ее последствия и исход не вызывают сомнений.

Процент стойкой утраты общей трудоспособности устанавливается в соответствии с «Таблицей процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате травмирующего воздействия физических, химических, биологических, психических и других факторов внешней среды» и положениями информационного письма Главного управления судебно-медицинских экспертиз от 29.04.2017 № 5–10/116 «О применении признака стойкой утраты общей трудоспособности».

Степень тяжести телесных повреждений не определяется, если:

- в процессе обследования физического лица, изучения медицинских и иных представленных документов фактически установить наличие телесных повреждений не представляется возможным;
- на момент обследования физического лица не ясен исход телесных повреждений, не опасных для жизни человека;
- обследование физического лица, в отношении которого назначена экспертиза, невозможно, а представленные медицинские и иные документы



не содержат исчерпывающих данных о характере повреждений и их клиническом течении, а также иных сведений, необходимых судебному эксперту для проведения экспертизы, что лишает судебного эксперта возможности правильно оценить характер телесного повреждения, его клиническое течение и исход.

При невозможности определения степени тяжести телесных повреждений судебный эксперт в заключении излагает причины, не позволяющие определить степень тяжести телесного повреждения, и указывает, какие сведения необходимы для решения данного вопроса (медицинские документы, результаты дополнительных исследований или другое), а также указывает период времени, через который физическое лицо может быть повторно направлено для проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений в случае, когда на момент его обследования не ясен исход телесных повреждений, не опасных для жизни человека.

Мотивированное объяснение о невозможности определения степени тяжести телесных повреждений не освобождает судебного эксперта от необходимости дачи ответов на другие вопросы постановления о назначении экспертизы (характер повреждений, механизм их образования и т. п.).

Заключение эксперта оформляется в письменном виде в соответствии с требованиями процессуального законодательства и передается органу (лицу), назначившему экспертизу.

## **ОПИСАНИЕ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ**

Описание телесных повреждений производится в соответствии с информационным письмом от 11.08.2014 № 7/2249 «Об описании различных видов телесных повреждений», разработанным Главным управлением координации служебной деятельности центрального аппарата Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь.

При описании любого повреждения определяют его характер, локализацию, отмечая анатомическую область и расстояние в сантиметрах от двух опознавательных анатомо-топографических ориентиров. Указывают форму повреждения, обычно сравнивая ее с формой геометрических фигур (круглая, овальная и т. п.) или буквой алфавита (У-образная, Т-образная и т. д.). Общие размеры повреждений определяют по двум взаимно перпендикулярным линиям (наибольшая длина и ширина), при наличии раны указывают и третий размер — глубину. У звездчатых повреждений длину отдельных лучей отмечают от центра. Направление повреждений, имеющих линейную или вытянутую форму (повреждение идет вертикально, косовертикально сверху

вниз и справа налево — под каким углом к вертикальной или горизонтальной оси, горизонтально и т. п.), а также взаиморасположение множественных повреждений (повреждение выше или ниже расположенное и т. п.) всегда указывают при условном положении тела вертикально.

Описание каждого вида повреждения имеет свои особенности. Так, описывая ссадину, помимо локализации, формы и размеров, отмечается цвет, особенности поверхности (дна), ее уровень по отношению к окружающей коже, загрязнение, инородные частицы, направление смещения поврежденного эпидермиса, наличие корочки и ее цвет, степень отслойки от подлежащей кожи.

При описании кровоподтека дополнительно указывают припухлость мягких тканей, цвет и оттенки цвета в различных местах (в центре и по периферии).

При описании ран дополнительно отмечают особенности краев и концов (углов). Края ран могут быть неровными, осадненными, отслоенными от подлежащей ткани; либо ровными, без осаднения и отслойки; скошенными, подрытыми, отвесными. Концы (углы) ран по форме могут быть острыми, закругленными, Т- или П-образными и др. При наличии дополнительных надрывов, разрывов, насечек следует указать, у какого конца раны или по какому краю они располагаются, а также отметить их число, форму, глубину. Описывают дно раны, отмечают наличие в ее просвете инородных тел, характеризуют кровотечение.

Открытые переломы описывают, указывая особенности раны и видимых отломков костей (направление плоскости перелома, смещение отломков по длине и ширине по отношению друг к другу и др.). При наличии закрытых переломов костей отмечают патологическую подвижность, наличие деформации части тела, крепитации костных отломков.

Описывая вывихи, указывают часть тела, имеющую атипичное анатомическое положение, и характер смещения суставных поверхностей, наличие отека вокруг сустава.

При описании отчленения указывают особенности поврежденных тканей в данном месте, характеризуют сформировавшуюся культю.

## **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ**

Основными нормативными документами, используемыми для производства судебно-медицинской экспертизы при ЧМТ у физических лиц, являются Методические рекомендации к экспертной оценке клинического диагноза различных форм черепно-мозговой травмы и экспертизе степени

тяжести телесных повреждений (утверждены приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.08.1994 г. № 181) и Инструкция о порядке организации оказания медицинской помощи пациентам с черепно-мозговой травмой (утверждена приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1110 от 24.09.2012 г.).

В соответствии с вышеуказанной Инструкцией **черепно-мозговая травма** — это повреждение механической энергией черепа и его содержимого (мозга, мозговых оболочек, черепных нервов и мозговых сосудов).

## **КЛАССИФИКАЦИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ**

Выделяют следующие **виды ЧМТ**:

### **1. По биомеханике:**

1) ударно-противоударная — ударная волна распространяется от места приложения травмирующего агента к голове через мозг на противоположную сторону с быстрыми перепадами давления в местах удара и противоудара;

2) ускорения–замедления — перемещение и ротация больших полушарий мозга относительно более фиксированного ствола;

3) сочетанная — одновременное воздействие обоих механизмов.

### **2. По виду повреждения:**

1) очаговые — обусловлены преимущественно ударно-противоударной травмой и характеризуются локальными макроструктурными повреждениями мозгового вещества в местах удара, противоудара и по ходу ударной волны;

2) диффузные — обусловлены преимущественно травмой ускорения–замедления и характеризуются преходящей асинапсией, перерастяжением аксонов с их распространенными первичными и вторичными разрывами в полуовальном центре, подкорковых структурах, мозолистом теле, стволе мозга, нередко сопровождающимися точечными и мелкоочаговыми кровоизлияниями;

3) сочетанные — характеризуются одновременным наличием очаговых и диффузных повреждений головного мозга.

### **3. По механизму:**

1) первичная — травма не обусловлена какой-либо предшествующей церебральной или внецеребральной причиной;

2) вторичная — падение и получение травмы обусловлено какой-либо предшествующей церебральной (инсульт, эпилептический припадок и др.) или внецеребральной (инфаркт миокарда, коллапс и др.) причиной.

### **4. По типу:**

1) изолированная — имеют место только повреждения черепа и внутричерепного содержимого;

2) сочетанная — сопровождается повреждением механической энергией внечерепных тканей, органов и систем;

3) комбинированная — при одновременном воздействии, помимо механической, других видов энергии — термической, лучистой, химической, в том числе воздействие факторов оружия массового поражения (ожоги, лучевая болезнь I–III ст., интоксикация боевыми отравляющими веществами, бактериальные поражения).

**5. По характеру:**

1) закрытая — повреждения, при которых отсутствуют нарушения целостности покровов головы либо имеются поверхностные раны мягких тканей без повреждения апоневроза;

2) открытая — повреждения, при которых раны мягких тканей головы сопровождаются повреждениями апоневроза, а также переломы основания черепа, сопровождающиеся кровотечением или ликвореей из носа или уха;

3) непроникающая — при сохранении целостности твердой мозговой оболочки (для открытой ЧМТ);

4) проникающая — при нарушении целостности твердой мозговой оболочки (для открытой ЧМТ).

**6. По степени тяжести:**

1) легкая — сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга легкой степени;

2) среднетяжелая — ушиб головного мозга средней степени, все виды субарахноидальных кровоизлияний и переломов черепа, подострое и хроническое сдавление головного мозга;

3) тяжелая — ушиб головного мозга тяжелой степени, острое сдавление головного мозга, диффузное аксональное повреждение мозга.

**Тяжесть состояния пациента** оценивается по шкале комы Глазго (ШКГ) по следующим параметрам:

1. Открывание глаз:

- спонтанное — 4 балла;
- открывание на звук — 3 балла;
- открывание на боль — 2 балла;
- отсутствие реакции — 1 балл.

2. Речевая способность:

- развернутая спонтанная речь — 5 баллов;
- произнесение отдельных фраз — 4 балла;
- произнесение отдельных слов — 3 балла;
- невнятное бормотание — 2 балла;
- отсутствие речевого ответа — 1 балл.

3. Двигательная способность:

- движения выполняются по команде — 6 баллов;

- локализация болевых раздражений — 5 баллов;
- отдергивание конечности в ответ на боль — 4 балла;
- патологические сгибательные движения — 3 балла;
- патологические разгибательные движения — 2 балла;
- отсутствие двигательных реакций — 1 балл.

Тяжелой ЧМТ соответствует оценка 3–8 баллов, среднетяжелой — 9–13 баллов, легкой — 14–15 баллов.

#### **Клинические градации нарушений сознания:**

1. Ясное сознание — характеризуется бодрствованием, сохранением адекватных реакций и ориентировки (ШКГ — 15 баллов).

2. Умеренное оглушение — выявляется сонливость, замедление реакций на внешние раздражители, незначительное нарушение ориентировки, замедленность в выполнении инструкций и команд (ШКГ — 13–14 баллов).

3. Глубокое оглушение — глубокая сонливость, неадекватная реакция на внешние раздражители. Дезориентированность, способность выполнять лишь простые команды, односложно отвечать на вопросы (ШКГ — 10–12 баллов).

4. Сопор — сопровождается патологической сонливостью и отсутствием словесного контакта, но сохраняются способность локализовать боль и открывание глаз на болевые и другие раздражители (ШКГ — 8–9 баллов).

5. Умеренная кома — пациент не разбуживается, не открывает глаза на внешние раздражители, не локализует боль. Реакция на болевые раздражители не координирована. Витальные функции стабильны (ШКГ — 6–7 баллов).

6. Глубокая кома — определяется неразбудимостью, отсутствием любых реакций на внешние раздражители, минимальной экстензорной реакцией на сильные болевые раздражители. Витальные функции сохранены, хотя и грубо нарушены (ШКГ — 4–5 баллов).

7. Терминальная кома — атония, арефлексия, двусторонний мидриаз. Артериальное давление снижено до 60 мм рт. ст. и ниже, дыхание нарушено вплоть до апноэ (ШКГ — 3 балла).

#### **В течении ЧМТ выделяют три базисных периода:**

1. Острый — взаимодействие первичного травмирующего фактора, повреждающих реакций и механизмов саногенеза и патогенеза (от 2 до 10 недель).

2. Промежуточный — организация повреждений и дальнейшее развертывание компенсаторно-приспособительных процессов (от 2 до 6 месяцев).

3. Отдаленный — завершение или сосуществование местных и дистантных дегенеративно-деструктивных и регенеративно-репаративных процессов (при клиническом выздоровлении — до 2 лет, при прогрессирующем течении — продолжительность не ограничена).

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФОРМ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

**Сотрясение головного мозга** — наиболее легкое повреждение, характеризующееся непродолжительными функциональными нарушениями при отсутствии макроскопических структурных изменений. Отмечаются кратковременное выключения сознания продолжительностью от нескольких секунд до нескольких минут, ретро-, кон-, и антероградная амнезия на узкий период времени и однократная рвота (непостоянно).

*Субъективные признаки* — головная боль, головокружение, тошнота, шум в ушах, слабость.

*Объективные признаки* — симптомы поражения соматической и вегетативной нервной системы скудны и непостоянны. Чаще всего это бледность или гиперемия лица, потливость, симптом Манна (боль в области глазных яблок при движении открытых глаз), расхождение глазных яблок при попытке читать, вестибулярная гиперестезия, высокие показатели ортоклиностатической пробы (свыше 24), поверхностное, но быстро нормализующееся дыхание, слегка учащенный, реже замедленный пульс. Иногда выявляется лабильная негрубая асимметрия сухожильных и кожных рефлексов, мелкокоразмашистый нистагм, легкие оболочечные симптомы, исчезающие в течение 3–7 суток. Давление ликвора нормальное или повышено (не более 250 мм водн. ст.), реже понижено. Повреждения костей черепа отсутствуют. Спинномозговая жидкость, артериальное давление и температура тела без изменений.

По результатам ЭЭГ сохранен альфа-ритм, но выявляется его неравномерность по амплитуде и частоте, усилена выраженность бета-колебаний, указывающих на явления раздражения коры головного мозга.

Реоэнцефалография позволяет выявить негрубое снижение пульсового кровенаполнения мозговых сосудов при нормальном сосудистом тоне.

При эхоэнцефалографии отмечается отсутствие смещения М-эха, но увеличение амплитуды эхопульсаций, что может быть дополнительным критерием травматизации мозга.

КТ у пациентов с сотрясением не обнаруживает изменений в состоянии вещества мозга (плотность серого и белого вещества в пределах соответственно 33–45 и 29–36 ед. Н) и ликворосодержащих внутричерепных пространств.

Общее состояние пациентов и указанные функциональные нарушения нормализуются обычно в течение 1-й, реже 2-й недели после травмы, а при сопутствующей травме алкогольной интоксикации — иногда на 3-й неделе.

Следовательно, при оценке степени тяжести сотрясения головного мозга основным критерием является длительность расстройств здоровья.

**Ушиб головного мозга легкой степени** характеризуется выключением сознания после травмы в пределах от нескольких минут до 1 часа. После восстановления сознания отмечаются типичные *субъективные признаки* — головная боль, шум в ушах, тошнота, повышенная чувствительность к свету и звуку, раздражительность. Как правило, наблюдается ретро-, кон-, антероградная амнезия, иногда повторная рвота.

*Объективные признаки* — умеренные общемозговые симптомы. Неврологическая симптоматика обычно мягкая, однако сохраняется дольше, чем при сотрясении мозга, и исчезает в первые несколько суток. Она проявляется в виде клонического нистагма, легкой анизокории, нарушения конвергенции, асимметрии носогубных складок, отклонении языка, асимметрии глубоких рефлексов, признаков пирамидной недостаточности, менингеальных симптомов. Могут наблюдаться умеренная брадикардия (51–59 ударов в минуту) или тахикардия (81–100 ударов в минуту), иногда артериальная гипертензия. Кроме того, отмечаются гипергидроз и побледнение кожных покровов. Дыхание, а также температура тела без существенных отклонений. При ушибе мозга легкой степени возможны переломы костей свода черепа, субарахноидальное кровоизлияние.

Со стороны периферической крови выявляются ускоренная СОЭ и лейкоцитоз. Состав спинномозговой жидкости нормальный, реже выявляют небольшое повышение количества белка и примесь крови. Давление ликвора обычно умеренно повышено.

На реоэнцефалограмме при ушибе мозга в зоне контузии увеличивается амплитуда реоволны, углубляется инцизура, возрастает угол наклона восходящей части волны как результат снижения тонуса и расширения сосудов в области ушиба.

При электроэнцефалографии выявляются нестойкие изменения ЭЭГ (повышенная выраженность частых колебаний и наличие острых волн при относительной сохранности альфа-ритма), указывающие на негрубое раздражение — ирритацию коры головного мозга. Эти изменения полностью исчезают в течение первых двух месяцев после травмы. Как правило, патологическая активность в виде дельта- или тета-волн не выражена.

При латерализованных ушибах мозга легкой степени, сопровождающихся перифокальным отеком, иногда можно обнаружить незначительную девиацию срединного эха в пределах 2–4 мм. Максимум смещения обычно регистрируется на 2–4-е сутки, постепенно регрессируя на протяжении 1–2 недель.

При ушибе легкой степени КТ в 50 % случаев выявляет зону пониженной плотности мозговой ткани, средние величины которой варьируют

от +18 до +28 ед. Н. В другой половине случаев ушиб мозга легкой степени не сопровождается очевидными изменениями КТ-картины, что связано с ограниченными возможностями метода. Отек мозга при ушибе легкой степени может быть локальным, долевым, полушарным, диффузным или проявляться сужением ликворных пространств. Эти изменения обнаруживаются уже в 1-е часы после травмы, обычно достигают максимума на 3-и сутки и исчезают через 2 недели, не оставляя гнездных следов.

Значительные улучшения общего состояния пострадавших и регрессия перечисленных неврологических симптомов наблюдаются к 9–10-м суткам после травмы. Наряду с этим, сохраняются некоторые неврологические микросимптомы в виде горизонтального нистагмоида, асимметрии носогубных складок, анизорефлексии и легких менингеальных симптомов.

Обычно к 20-му дню объективные неврологические симптомы исчезают, и состояние полностью нормализуется.

Следовательно, эта форма ЧМТ оценивается, как правило, по критерию длительности расстройства здоровья. Ушиб головного мозга легкой степени с наличием крови в спинномозговой жидкости может привести к более длительному расстройству здоровья и повлечь за собой стойкую утрату трудоспособности.

*Примечание.* При оценке степени тяжести телесного повреждения в случаях сотрясения и ушиба головного мозга легкой степени определяющим критерием является длительность кратковременного расстройства здоровья. Однако в отдельных случаях при обоснованном клиническом диагнозе сотрясения головного мозга (применение люмбальной пункции, ЭЭГ в динамике и т. д.) отмечается длительное расстройство здоровья, обусловленное нарушением ликвороциркуляции с развитием гидроцефалии, вегетативной дисфункцией, иногда развитием арахноидита и энцефалопатии. То же следует сказать и об ушибе мозга легкой степени, который обычно сочетается с явлениями сотрясения. Последствия такой травмы могут выражаться в развитии оптикохиазмального арахноидита (при локализации ушиба на базальной поверхности мозга), эпилептиморфных судорог (при конвекситальной локализации очага) и т. д. Кроме того, последствия сотрясения или ушиба головного мозга легкой степени могут проявляться в виде стойких отдельных объективных признаков (сглаженности носогубной складки, неравенства глазных щелей, отклонения языка, нистагма и др.) и (или) вегетативных симптомов (выраженном треморе век, пальцев рук, высоких сухожильных рефлексах, вазомоторных нарушениях и др.). Поэтому в сомнительных случаях квалификация степени тяжести телесных повреждений при этих формах закрытой ЧМТ должна проводиться по исходу и последствиям повреждений, повлекших за собой расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности.



**Ушиб головного мозга средней степени** характеризуется выключением сознания после травмы в виде оглушения, сопора или комы продолжительностью от нескольких десятков минут до 4–6 часов. После выхода из бессознательного состояния выражены ретро- и антероградная амнезия. В большинстве случаев наблюдается многократная рвота. Отмечается длительный период заторможенности, спутанности сознания и психомоторного возбуждения, встречаются нарушения психики с дезориентировкой и иллюзорными восприятиями. В последующем пострадавших нередко беспокоит головная боль, головокружение, шум в ушах, тяжесть в голове, нечеткость зрения и т. д.

С первых дней после травмы обнаруживаются оболочечные симптомы различной выраженности. Улавливаются стволые симптомы: нистагм, диссоциация менингеальных симптомов, мышечного тонуса и сухожильных рефлексов по оси тела, двусторонние патологические знаки, джексоновские припадки и др. Отчетливо проявляется очаговая симптоматика (определяемая локализацией ушиба головного мозга): анизокория, вялая реакция зрачков на свет, слабость конвергенции, глазодвигательные нарушения, снижение корнеальных рефлексов, парез лицевого и подъязычного нервов по центральному типу, периферический парез лицевого нерва, асимметрия мышечного тонуса, парезы конечностей, расстройства чувствительности, речи и т. д.

Возможны проходящие расстройства жизненно важных функций: брадикардия или тахикардия, повышение или понижение артериального давления, тахипное без нарушения ритма дыхания и проходимости трахеобронхиального дерева, субфебрилитет и значительные вегетососудистые расстройства.

Со стороны периферической крови наблюдается лейкоцитоз, реже лейкопения, ускоряется СОЭ.

При люмбальной пункции выявляется гипер- или гипотензия, примесь крови в спинномозговой жидкости.

В ряде случаев отмечаются изменения глазного дна в виде застойных сосков зрительных нервов.

Ушибы мозга средней степени, как правило, приводят к повышению сосудистого тонуса и ишемии в области зоны контузии, что проявляется понижением величины пульсового кровенаполнения и соответствующим образом отображается на реоэнцефалограмме.

По результатам ЭЭГ отмечаются изменения альфа- ритма, появление патологической активности в дельта- и тета-диапазонах. Нарушения функций стволовых и диэнцефальных отделов мозга проявляются на ЭЭГ билатеральными вспышками заостренных альфа- и тета-ритмов. При ушибе мозга средней степени с течением времени ЭЭГ полностью нормализуется.

При эхоэнцефалографии смещение М-эха может достигать 5–8 мм, характеризуясь стабильностью или даже прогрессирующей девиацией. Иногда при ушибе мозга средней степени регистрируются дополнительные импульсы.

КТ в 84 % случаев выявляет очаговые изменения в виде некомпактно расположенных в зоне пониженной плотности высокоплотных мелких включений либо умеренного гомогенного повышения плотности, что соответствует мелким кровоизлияниям в зоне ушиба или умеренному геморрагическому пропитыванию мозговой ткани без грубой ее деструкции. Эти изменения подвергаются обратному развитию в процессе консервативного лечения. Иногда КТ выявляет очаги пониженной плотности — локальный отек, либо травматический субстрат не визуализируется, что может встречаться при негрубых диффузных поражениях мозга.

В течение 3–4 суток после травмы общемозговые явления остаются или нарастают. Состояние пациентов в этот период средней тяжести. Через 2 недели оно улучшается, общемозговые и менингеальные симптомы снижаются. Остаются выраженными вегетативные расстройства; субъективные и объективные признаки без существенных изменений.

К 4–5-й неделе из субъективных признаков остаются умеренные головные боли, головокружение, шум в ушах, двоение предметов, явления астении и вегетососудистой неустойчивости.

Из очаговых симптомов выявляются: слабость конвергенции, недостаточность отводящих нервов, горизонтальный нистагм, парез 7-й и 12-й пар черепно-мозговых нервов, угнетение или оживление сухожильных рефлексов, анизорефлексия, парезы конечностей.

Указанная форма закрытой ЧМТ оценивается по признаку длительного расстройства здоровья.

Если в клинической картине отмечаются симптомы поражения стволового отдела, то, независимо от исхода, травма должна квалифицироваться по признаку опасности для жизни.

**Ушиб головного мозга тяжелой степени** характеризуется исключением сознания после травмы продолжительностью от нескольких часов до нескольких суток и недель. После появления сознания у пациентов длительное время остаются дезориентированность, оглушенность, патологическая сонливость, которые периодически сменяются двигательным и речевым возбуждением. У всех пострадавших отмечают анамнестические расстройства (ретро- и антероградная амнезия). В ряде случаев возникают нарушения психики. Доминирует первично-стволовая неврологическая симптоматика: плавающие движения глазных яблок, изменение величины и формы зрачков, отсутствие реакции зрачков на свет, парезы взора, тоничный множественный нистагм, птоз век, отсутствие корнеальных и бульбарных рефлексов,

нарушения глотания, двусторонний мидриаз или миоз, дивергенция глаз по вертикальной или горизонтальной оси, меняющийся мышечный тонус, грубая диссоциация менингеальных симптомов, мышечный тонус, децеребрационная ригидность, угнетение или раздражение сухожильных рефлексов, рефлексов со слизистых и кожных покровов, двусторонние патологические стопные рефлексы и др., — которая в первые часы и дни после травмы затухает, вызывая очаговые полушарные рефлексы. Могут выявляться парезы конечностей (вплоть до параличей), подкорковые нарушения мышечного тонуса, рефлексы орального автоматизма и т. д. Иногда отмечаются генерализованные или локальные судорожные припадки, грубые речевые нарушения.

Общемозговые и в особенности очаговые симптомы регрессируют медленно, часты грубые остаточные явления, прежде всего со стороны двигательной и психической сфер. Ушиб головного мозга тяжелой степени, как правило, сопровождается переломами свода и основания черепа, а также массивное субарахноидальное кровоизлияние. В спинномозговой жидкости — кровь.

Наблюдаются тяжелые угрожающие нарушения жизненно важных функций: брадикардия или тахикардия, артериальная гипертензия, нарушения частоты и ритма дыхания, — которые могут сопровождаться нарушениями проходимости верхних дыхательных путей. Выражена гипертермия. Со стороны периферической крови — нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево и ускоренное СОЭ.

На реоэнцефалограммах при ушибе мозга тяжелой степени обычно выявляется атония церебральных сосудов.

При ушибе мозга тяжелой степени на ЭЭГ выявляется патологическая активность в дельта- и тета-диапазонах, характерная для нарушения функций стволового отдела мозга. При этом преобладают медленные полиморфные волны, почти не меняющиеся при внешних раздражениях. Как правило, альфа-ритм и реакция активации восстанавливается, локальные нарушения заметно сглаживаются, но полностью не исчезают. Нередко на ЭЭГ выявляется посттравматическая эпилептическая активность коры (острые волны, пики, комплексы пик — медленная волна).

При эхоэнцефалографии могут обнаруживаться признаки значительного стойкого смещения срединных структур мозга, дополнительные импульсы. Кроме того, в случаях ушиба мозга тяжелой степени иногда отмечается исчезновение или резкое ослабление пульсации эхо-сигналов, постепенно восстанавливающихся у выживших пациентов.

На ангиограммах область ушиба мозга выглядит как бессосудистая зона с отжатыми от нее ветвями прилежащих кровеносных сосудов.

КТ выявляет очаговые поражения мозга в виде зоны неоднородного повышения плотности. При локальной томоденситометрии в них опреде-

ляется чередование участков, имеющих повышенную от +64 до +76 ед. Н (плотность свежих свертков крови) и пониженную плотность от +18 до +28 ед. Н (плотность отечной и/или размозженной ткани мозга), что соответствует ситуации в зоне ушиба, при которой объем мозгового детрита значительно превышает количество излившейся крови. В наиболее тяжелых случаях деструкция вещества мозга распространяется в глубину, достигая подкорковых ядер и желудочковой системы. К 30–40-м суткам после травмы на месте зоны ушиба отмечается формирование атрофии или кистозных полостей.

В других случаях КТ выявляет значительные по размерам очаги интенсивного гомогенного повышения плотности в пределах от +64 до +76 ед. Н с нечеткими границами, что указывает на наличие в зоне травматического поражения мозга смеси жидкой крови и ее свертков с детритом мозга, объем которого значительно уступает количеству излившейся крови. Кроме того, КТ выявляет диффузные аксональные повреждения мозга, при которых доминирует увеличение объема последнего со сдавлением желудочковой системы и подболоочечных пространств. В процессе нормализации плотности мозгового вещества отмечается их расправление. Через 1,5–2 месяца наблюдается дальнейшее увеличение желудочковой системы с постепенным развитием гидроцефалии, причиной которой является атрофический процесс, захватывающий весь мозг. При диффузном аксональном повреждении на КТ обнаруживают множество ограниченных кровоизлияний в семиовальном центре обоих полушарий, в стволовых и перивентрикулярных структурах, мозолистом теле на фоне диффузного увеличения объема мозга вследствие набухания или генерализованного отека. Последний обуславливает нарастание внутричерепной гипертензии с дислокацией мозга и ущемлением стволовых структур на тенториальном или окципитальном уровнях.

Ушиб головного мозга тяжелой степени сопровождается симптомами, свидетельствующими об опасности для жизни.

**Диффузное аксональное повреждение головного мозга** — длительное коматозное состояние с явлениями децеребрации, вариабельность изменений мышечного тонуса, грубые стволовые симптомы, тетрапарезы, вегетативные нарушения.

**Сдавление головного мозга** — прогрессирующий патологический процесс в полости черепа, возникающий в результате травмы и приводящий по заполнении емкости резервных пространств черепа и истощении компенсаторных механизмов к дислокации и (или) ущемлению ствола мозга с развитием угрожающего жизни состояния.

Сдавление головного мозга характеризуется жизненно опасным нарастанием через тот или иной промежуток времени после травмы либо непосредственно после нее общемозговых (появление или углубление нарушений

сознания, усиление головной боли, повторная рвота, психомоторное возбуждение и т. д.), очаговых (появление или углубление гемипареза, одностороннего мидриаза, фокальных эпилептических припадков и др.) и стволовых (появление или углубление брадикардии, повышение артериального давления, ограничение взора вверх, тоничный спонтанный нистагм, двусторонние патологические знаки и др.) симптомов.

В зависимости от фона (сотрясение, ушиб мозга различной степени), на котором развивается травматическое сдавление мозга, светлый промежуток может быть развернутым, стертым либо отсутствует. Среди причин сдавления на первом месте стоят внутричерепные гематомы (эпидуральные, субдуральные, внутримозговые). Далее следуют вдавленные переломы костей черепа, очаги разможжения мозга с перифокальным отеком, субдуральные гигромы, пневмоцефалия.

При реоэнцефалографии на стороне локализации гематомы регистрируются волны сниженной амплитуды со сглаженными дополнительными колебаниями.

Внутричерепные гематомы (субдуральные или эпидуральные) проявляются на ЭЭГ межполушарной асимметрией биоэлектрических потенциалов коры, выражающейся в том, что на стороне пораженного полушария отмечается уплощение кривой, в то время как на стороне неповрежденного полушария может регистрироваться медленноволновая активность за счет отека мозга.

Травматические внутричерепные гематомы и гигромы при эхоэнцефалографии обычно характеризуются значительным отклонением срединного эха в противоположную сторону (от 3 до 15 мм, чаще 6–10 мм). Гематомы лобно-полюсной и лобно-теменно-парасагиттальной локализации часто не сопровождаются убедительным смещением срединного эха. Отклонение срединного эхо-импульса может нивелироваться при наличии двусторонних внутричерепных гематом.

На ангиограммах при внутримозговых гематомах просматривается хорошо различимая бессосудистая зона и прилегающие к ней отжатые ветви рядом расположенных сосудов. На ангиограммах в прямой проекции наблюдаются смещение передней мозговой артерии в противоположную сторону, увеличение расстояния между передней и средней мозговыми артериями, на боковых ангиограммах — смещение средней мозговой артерии книзу при гематомах задней лобной области или кверху при гематомах височной доли. При субдуральных или эпидуральных гематомах на ангиограммах в прямой проекции выявляется характерная картина бессосудистой зоны в теменно-височной области с отдавлением ветвей силвиевой группы от костей черепа к средней линии и смещение передней мозговой артерии в противоположную сторону.

Эпидуральная гематома при КТ характеризуется двояковыпуклой, реже плосковыпуклой зоной повышенной плотности, примыкающей к сво-

ду черепа. Она имеет ограниченный характер и, как правило, локализуется в пределах 1–2 долей. При наличии нескольких источников кровотечения может распространяться на значительном протяжении и иметь серповидную форму.

Субдуральная гематома при КТ чаще характеризуется серповидной зоной измененной плотности, но может иметь плосковыпуклую, двояковыпуклую или неправильную форму. Часто субдуральные гематомы распространяются на все полушарие или большую его часть.

Внутричерепные гематомы на КТ выявляются в виде круглых или вытянутых зон гомогенного интенсивного повышения плотности с четко очерченными краями.

Кроме того, для боковой дислокации мозга характерны деформации желудочковой системы и подболоочечных пространств, выявляемых на КТ-картине. При двусторонней либо срединной локализации объемных травматических субстратов, а также при генерализованном отеке или гиперемии с диффузным увеличением мозга отмечается аксиальное смещение мозга с деформацией ствола в каудальном направлении. На КТ этому соответствует резкое симметричное сужение желудочковой системы и цистернальных пространств вплоть до полного их исчезновения.

Объективно установленные эпидуральные и субдуральные кровоизлияния квалифицируются по признаку опасности для жизни.

**Сдавление головы** — клиническая форма ЧМТ, возникающая в результате воздействия механической энергии в виде кратковременной динамической и последующей длительной статической нагрузки. Встречается обычно у пострадавших вследствие катастроф. Морфологически характеризуется повреждением мягких покровов головы, черепа и его содержимого вследствие первоначального травмирующего воздействия и последующего длительного сдавления. Приводит к резкому и стойкому повышению внутричерепного давления, дистрофическим изменениям покровов головы с нарушениями венозного оттока и последующим формированием обширных некрозов ткани, обуславливающих эндогенную интоксикацию и инфицирование.

Клинически характеризуется наложением и взаимным отягощением общеорганизменной, общемозговой, церебральной и внецеребральной очаговой симптоматики. Патогномоничным симптомом считается деформация головы разной выраженности вследствие вдавленных переломов и изменений мягких покровов головы.

Выделяется 3 степени тяжести синдрома сдавления головы: легкая — продолжительность сдавления от 30 мин до 5 ч; среднетяжелая — продолжительность сдавления от 2 до 48 ч; тяжелая — длительность сдавления свыше 24 ч.

## ЭКСПЕРТНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

При оценке ЧМТ руководствуются следующими экспертными критериями:

1. Судебно-медицинская экспертиза тяжести телесных повреждений при ЧМТ должна проводиться путем обязательного осмотра свидетельствуемого с участием невропатолога или нейрохирурга, тщательного изучения подлинных медицинских документов и основываться на клиническом диагнозе основных форм этой травмы, подтвержденном комплексом соответствующих объективных признаков.

Экспертными критериями при этом являются опасность для жизни, длительность расстройства здоровья и стойкая утрата трудоспособности.

2. Угрожающими для жизни явлениями при ЧМТ являются: глубокое оглушение, сопор, умеренная или глубокая кома; грубые нарушения жизненно важных функций по двум и более показателям; наличие умеренно и грубо выраженных стволовых (анизокория, снижение зрачковых реакций, ограничение, рефлекторный парез или плегия взора вверх, дивергенция глаз по вертикальной или горизонтальной оси, тоничный спонтанный нистагм, гомолатеральная пирамидная недостаточность, диссоциация менингеальных знаков по оси тела, двусторонние патологические знаки, церебрационная ригидность и др.), полушарных и краниобазальных симптомов (эпилептические припадки, двигательные нарушения от плегии до двухсторонних и множественных парезов).

3. Одна из особенностей ЧМТ состоит в том, что при них потеря трудоспособности может наступить не только в остром, но и в отдаленном периоде. Поэтому в случаях неясного исхода ЧМТ необходимо проведение повторного осмотра потерпевшего невропатологом или нейрохирургом с применением инструментальных методов обследования. Если при этом будут установлены очаговые симптомы, свидетельствующие об органическом поражении нервной системы, то это является основанием для определения процента стойкой утраты трудоспособности.

4. При повторной ЧМТ в случаях использования критерия стойкой утраты общей трудоспособности определяется ее процент на день проведения экспертизы, и из него вычитается процент стойкой утраты общей трудоспособности, который был определен или по медицинским документам может быть определен в связи с предыдущей травмой.

Если по медицинским документам не представляется возможным определить последствия бывшей ранее травмы (например, в них имеется лишь указание на то, что несколько лет назад потерпевший перенес сотрясение мозга), то следует считать, что установленные при экспертизе объективные признаки являются результатом повторной ЧМТ.

5. При оценке остаточных явлений перенесенной травмы головного мозга следует иметь в виду возможность наличия сходных симптомов при ряде заболеваний (вегетососудистая дистония, тиреотоксикоз, алкоголизм, наркомания и др.).

6. В случаях наличия у потерпевшего нескольких наружных повреждений на голове и внутричерепных травматических изменений судебно-медицинский эксперт не должен давать их отдельную оценку. Это обусловлено тем, что ЧМТ представляет собой единое повреждение, включающее и повреждение головного мозга, и переломы черепа, и повреждения мягких покровов головы. Оценке степени тяжести в подобной ситуации подлежит ЧМТ в целом. Наружные повреждения могут быть использованы лишь для экспертного установления свойств травмирующего предмета и обстоятельств возникновения ЧМТ.

7. Судебно-медицинским экспертам часто приходится решать вопрос о наличии у потерпевшего перелома костей основания черепа, который не всегда удается выявить рентгенологически даже при прицельных снимках (по Стенверсу). Разрывы барабанной перепонки и кожи верхней стенки наружного слухового прохода с кровотечением из уха при исключении непосредственного травматического воздействия на них, а также баро- и вибротравмы указывают на наличие у потерпевшего прокольного перелома пирамиды височной кости. Ценным диагностическим признаком в таких случаях является ликворея из уха, обязательно подтвержденная соответствующим исследованием истекающей жидкости. Лицевой нерв при этих переломах повреждается редко, вестибулярная функция обычно не страдает, слух часто понижается, но не до степени глухоты.

При поперечных переломах пирамиды височной кости трещина почти всегда захватывает лабиринт, причем повреждается, как правило, лицевой нерв. Этот перелом почти всегда сопровождается полным угасанием как слуховой, так и вестибулярной функции. Барабанная перепонка обычно не повреждается и кровотечения из наружного слухового прохода не наблюдаются.

8. Судебно-медицинскую экспертизу ЧМТ у детей следует проводить по тем же критериям, что и у взрослых. Однако при этом необходимо учитывать, что клинические проявления ЧМТ у них имеют свои особенности, которые связаны с незрелостью головного мозга и выражены тем ярче, чем меньше возраст ребенка. Так, у детей в остром периоде ЧМТ достаточно бурными бывают вегетативно-висцеральные реакции (повторная рвота, периодические беспокойства, побледнение и др.), причем они носят динамический и кратковременный характер. Клиническая симптоматика очагового



поражения головного мозга может отсутствовать или быть скудной и слабо выраженной.

Следующей особенностью ЧМТ у детей является легкий переход от тяжелого начального периода к относительно спокойным дням, что не всегда соответствует функциональному состоянию различных систем организма ребенка. Уже на 2–4-е сутки, при соответствующей терапии, дети перестают жаловаться на головную боль, ведут себя активно, их трудно удержать в постели. Однако у них длительное время сохраняется «скрытая» симптоматика: гипоксигенация крови, изменения крови (гипогемоглобинемия, лейкопения, эритропения), артериальная гипертензия, функциональные расстройства сердечной деятельности (брадикардия, тахикардия, синусовая аритмия).

Кроме того, особенностью легкой ЧМТ у детей является бессимптомное или малосимптомное течение субарахноидальных кровоизлияний.

9. Судебно-медицинская экспертиза степени тяжести телесных повреждений при ЧМТ должна производиться без учета обострения предшествующих заболеваний или других последствий, возникших в силу индивидуальных особенностей организма, дефектов оказания медицинской помощи и других случайных обстоятельств (например, у больных сахарным диабетом увеличивается длительность сохранения основных клинических симптомов сотрясения и ушиба головного мозга).

В этих случаях в выводах необходимо отметить причину и механизм возникновения необычно тяжелых последствий или исхода и установить причинную связь между ними и телесными повреждениями.

10. При отсутствии в подлинных медицинских документах каких-либо объективных признаков сотрясения головного мозга это указывается судебно-медицинским экспертом в выводах — без оценки степени тяжести.

11. Степень тяжести телесных повреждений не может быть установлена при неопределившемся исходе ЧМТ, так как неясны критерии, которые могут быть положены в обоснование экспертного вывода. Исключением является установление степени тяжести телесных повреждений в тех случаях, когда они являются опасными для жизни (переломы костей свода и основания черепа, ушиб мозга средней степени с наличием симптоматики поражения стволового отдела, ушиб мозга тяжелой степени, эпидуральные и субдуральные гематомы, проникающие ранения черепа, ЧМТ с наличием угрожающих жизни явлений).

12. При производстве повторных экспертиз степени тяжести ЧМТ обязательны осмотр подэкспертного и участие в составе судебно-медицинских комиссий соответствующих специалистов (невропатолога, нейрохирурга, отоневролога).

## САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

**1. Нормативный документ, в котором дано определение понятия «телесное повреждение», называется:**

- а) Уголовный кодекс;
- б) Уголовно-процессуальный кодекс;
- в) Инструкция о порядке проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений;
- г) Гражданский кодекс.

**2. Классификация телесных повреждений по степени тяжести:**

- а) тяжелые;
- б) средней тяжести;
- в) тяжкие;
- г) менее тяжкие;
- д) легкие.

**3. Определение характера и степени тяжести телесных повреждений является:**

- а) следственным действием;
- б) экспертизой;
- в) освидетельствованием;
- г) наружным осмотром.

**4. Государственный медицинский судебный эксперт проводит экспертизу для определения степени тяжести телесных повреждений:**

- а) по своей инициативе;
- б) по постановлению следователя;
- в) по указанию оперативного работника милиции;
- г) по определению суда.

**5. Повреждения, опасные для жизни:**

- а) ушиб головного мозга тяжелой степени;
- б) ушиб шейного отдела спинного мозга без нарушения его функций;
- в) проникающее ранение живота без повреждения внутренних органов;
- г) перелом диафиза лучевой кости.

**6. К угрожающим жизни состояниям относятся:**

- а) шок 2-й степени;
- б) острый панкреонекроз;
- в) сильный испуг;
- г) острая печеночная недостаточность.

**7. Результаты судебно-медицинской экспертизы для определения характера и степени тяжести телесных повреждений оформляются в виде:**

- а) акта судебно-медицинского освидетельствования;
- б) заключения эксперта;

- в) акта судебно-медицинской экспертизы;
- г) протокола осмотра пострадавшего.

**8. Критериями менее тяжелых телесных повреждений являются:**

- а) длительное расстройство здоровья;
- б) кратковременное расстройство здоровья;
- в) стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на  $\frac{1}{3}$ ;
- г) стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на  $\frac{1}{3}$ .

**9. Длительность расстройства здоровья в судебной медицине — это:**

- а) время нахождения пострадавшего на листе нетрудоспособности;
- б) период лечения пострадавшего в поликлинике или (и) больнице;
- в) продолжительность нарушения функций тканей, органов и (или) систем организма, непосредственно связанное с телесным повреждением или его последствием;

г) срок, необходимый для полного восстановления функций поврежденного органа или ткани.

**10. После проведения экспертизы «Заключение эксперта» передается:**

- а) пострадавшему;
- б) органу (лицу), назначившему экспертизу;
- в) руководителю экспертного подразделения;
- г) курьеру экспертного подразделения.

**11. При закрытой ЧМТ:**

- а) отсутствуют нарушения целостности мягких покровов головы;
- б) имеются раны (рана) мягких тканей без повреждения апоневроза;
- в) имеются раны (рана) мягких тканей с повреждением апоневроза;
- г) отсутствует нарушение целостности твердой мозговой оболочки.

**12. В течении ЧМТ выделяют следующие периоды:**

- а) острый;
- б) промежуточный;
- в) отдаленный;
- г) смешанный.

**13. Клинические градации нарушений сознания при ЧМТ:**

- а) умеренное оглушение;
- б) сопор;
- в) спутанное сознание;
- г) глубокая кома;
- д) бредовое состояние.

**14. Классификация ЧМТ по степени тяжести:**

- а) легкая;
- б) среднетяжелая;
- в) смешанная;
- г) тяжелая;
- д) промежуточная.

**15. При ЧМТ экспертными критериями для определения степени тяжести являются:**

- а) опасность для жизни;
- б) потеря органа или его функций;
- в) длительность расстройства здоровья;
- г) психическое расстройство (заболевание);
- д) стойкая утрата общей трудоспособности.

**16. При производстве повторных экспертиз степени тяжести ЧМТ обязательны:**

- а) осмотр потерпевшего;
- б) участие в составе комиссии невропатолога (нейрохирурга);
- в) результаты обследования в неврологическом стационаре;
- г) заключение ВТЭК.

**Ответы:** 1 — в; 2 — в, г, д; 3 — б; 4 — б, г; 5 — а, в; 6 — б, г; 7 — б; 8 — а, г; 9 — в; 10 — б; 11 — а, б; 12 — а, б, в; 13 — а, б, г; 14 — а, б, г; 15 — а, в, д; 16 — а, б.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

### *Основная*

1. *Инструкция* о порядке проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений : утв. постановлением ГКСЭ Респ. Беларусь 24.05.2016 № 16.
2. *Методические* рекомендации к экспертной оценке клинического диагноза различных форм черепно-мозговой травмы и экспертизе степени тяжести телесных повреждений : утв. приказом М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 02.08.1994 № 181.
3. *Пиголкин, Ю. Н.* Судебная медицина : учеб. /Ю. Н. Пиголкин. Ростов-на-Дону : Феникс, 2011, 2015. 552 с.
4. *Ромодановский, П. О.* Судебная медицина в схемах и рисунках : учеб. пособие / П. О. Ромодановский. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 336 с.
5. *Ромодановский, П. О.* Судебная медицина : учеб. для студ. стоматолог. фак-та мед. вузов / П. О. Ромодановский. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. 528 с.
6. *Порядок* организации оказания медицинской помощи пациентам с черепно-мозговой травмой : инструкция : утв. приказом М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 24.09.2012 № 1110.
7. *Уголовный* кодекс Республики Беларусь : с изм. и доп. по состоянию на 24.10.2013. Минск : Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь, 2013. 304 с.
8. *Уголовно-процессуальный* кодекс Республики Беларусь : в ред. закона Респ. Беларусь от 11.05.2000 г. № 377-З. Минск, 2001. 384 с.

### *Дополнительная*

9. *Инструкция* о порядке проведения судебных экспертиз, экспертиз (исследований) в Государственном комитете судебных экспертиз Республики Беларусь : утв. приказом ГКСЭ Респ. Беларусь от 06.12.2016 № 240.
10. *Описание* различных видов телесных повреждений : информационное письмо ГКСЭ Респ. Беларусь от 11.08.2014 № 7/2249.
11. *О судебно-медицинской* оценке тяжести ран, причиненных тупыми и острыми предметами : информационное письмо ГКСЭ Респ. Беларусь от 14.10.2015 № 5-9/177.
12. *О судебно-медицинской* оценке тяжести повреждений зубов : информационное письмо ГКСЭ Респ. Беларусь от 14.10.2015 № 5-9/178.
13. *О применении* признака стойкой утраты общей трудоспособности : информационное письмо ГКСЭ Респ. Беларусь от 29.04.2017 № 5-10/116.
14. *О судебно-медицинской* оценке подкожной эмфиземы при закрытой тупой травме грудной клетки : информационное письмо ГКСЭ Респ. Беларусь от 27.09.2019 № 5-8/402.
15. *Переломы* нижней челюсти : механогенез и судебно-медицинская экспертиза : учеб. пособие / Л. Н. Грищенко [и др.]. Минск : Выш. шк., 2012. 65 с.
16. *Переломы* костей средней зоны лица : судебно-медицинская экспертиза : пособие / Л. Н. Грищенко [и др.]. Минск : Выш. шк., 2015. 177 с.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы .....	3
Определение понятия «телесное повреждение».....	5
Классификация телесных повреждений по степени тяжести.....	6
Медицинские критерии (признаки) тяжких телесных повреждений .....	7
Медицинские критерии (признаки) менее тяжких телесных повреждений .....	13
Медицинские критерии (признаки) легких телесных повреждений .....	14
Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы по определению характера и степени тяжести телесных повреждений.....	14
Описание телесных повреждений .....	17
Судебно-медицинская экспертиза при черепно-мозговой травме.....	18
Классификация черепно-мозговой травмы.....	19
Клиническая характеристика форм черепно-мозговых травм .....	22
Экспертные критерии оценки черепно-мозговой травмы .....	31
Самоконтроль усвоения темы.....	34
Список использованной литературы.....	37

Учебное издание

**Чучко** Валерий Александрович  
**Семёнов** Вячеслав Владимирович  
**Доморацкая** Татьяна Леонидовна  
**Тетюев** Андрей Михайлович

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА  
ХАРАКТЕРА И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ  
ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск В. А. Чучко  
Редактор Ю. В. Киселёва

Подписано в печать 07.07.20. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».  
Ризография. Гарнитура «Times».  
Усл. печ. л. 2,32. Уч.-изд. л. 2,02. Тираж 90 экз. Заказ 331.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет».  
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.  
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.