Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра судебной медицины ИПО

Зав.кафедрой: ДМН, Профессор Алябьев Ф. В.

Руководитель ординатуры: ДМН, Профессор Алябьев Ф. В.

РЕФЕРАТ на тему:

Экспертиза тяжести вреда здоровью

Выполнила: Ординатор 2 года обучения

Овсянникова А.В.

Красноярск, 2024г

Установление характера и тяжести вреда здоровью при­менительно к статьям УК РФ является самым частым видом экспертизы живых лиц. Экспертиза такого рода назначает­ся в каждом случае, когда органам дознания, следствия или суду требуется определить степень вины и меру наказания виновного за причинение вреда здоровью (нанесение телес­ных повреждений).

Под *вредом здоровью*понимают либо телесные поврежде­ния, т.е. нарушение анатомической целости органов и тка­ней или их физиологических функций, либо заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздей­ствия различных факторов внешней среды: механических, физических, химических, биологических, психических.

В УК РФ ответственность за причинение вреда здоро­вью предусмотрена рядом статей (ст. 111, 112, 115 и др.). В соответствии с ними тяжесть вреда здоровью подразде­ляется на 3 категории: вред тяжкий, средней тяжести и лег­кий.

Классификация телесных повреждений (вреда здоровью) по их тяжести, содержащаяся в Уголовном кодексе, являет­ся юридической. Ее не следует смешивать с обычными вра­чебными представлениями о тяжести повреждений. Вместе с тем определением тяжести в соответствии с юридической квалификацией повреждений занимаются врачи, так как почти все критерии для отнесения повреждений к той или иной категории тяжести являются медицинскими, в кото­рых компетентен только врач.

Кроме тяжести вреда здоровью, Уголовный кодекс пре­дусматривает различную степень умысла при нанесении по­вреждений. Повреждения могут быть причинены умышлен­но при отягчающих обстоятельствах и без таковых, в состоя­нии сильного душевного волнения, при превышении пределов необходимой обороны и, наконец, по неосторож­ности. Однако решение этих вопросов целиком относится к компетенции юридических органов.

**Тяжкий вред здоровью**

Признаком тяжкого вреда здоровью является опасный для жизни вред здоровью (угрожающие жизни состояния), а при отсутствии этого признака — последствия причинения вреда здоровью:

потеря зрения, речи, слуха;

потеря какого-либо органа либо утрата органом его функций;

неизгладимое обезображение лица;

расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой общей трудоспособ­ности не менее чем на одну треть;

полная утрата профессиональной трудоспособности;

прерывание беременности;

психическое расстройство;

заболевание наркоманией или токсикоманией.

*Опасными для жизни*являются повреждения, которые сами по себе в момент при­чинения угрожают жизни потерпевшего или при обычном течении могут закончить­ся смертью, а также повреждения, вызвавшие развитие угрожающего жизни состоя­ния, возникновение которого не имеет случайного характера. Предотвращение смер­тельного исхода, обусловленное оказанием медицинской помощи, не должно приниматься во внимание при определении опасности повреждений для жизни.

Опасные для жизни повреждения различают по их анатомическим или функцио­нальным признакам. В первом случае достаточно установления факта наличия тако­го повреждения (проникающее ранение груди, живота, черепа, открытый перелом бедренной кости и т.д.), клиническая картина его течения не имеет решающего зна­чения. Во втором случае повреждения могут считаться опасными для жизни только при наличии выраженных проявлений тяжелого поражения (например, при ушибе головного мозга тяжелой степени, массивной кровопотере, тяжелом травматичес­ком шоке, жировой эмболии и т.д.).

При экспертизе опасных для жизни повреждений с целью решения вопроса о том, являлось ли возникшее у потерпевшего состояние угрожающим его жизни, а также для оценки влияния оказанной медицинской помощи на состояние потерпевшего может быть проведена комиссионная экспертиза с участием врачей соответствую­щих специальностей.

***Опасными для жизни являются:***

проникающие ранения черепа, в том числе и без повреждения головного мозга;

открытые и закрытые переломы костей свода и основания черепа, за исключе­нием переломов костей лицевого скелета и изолированной трещины только наруж­ной пластинки свода черепа;

ушиб головного мозга тяжелой степени, ушиб головного мозга средней степе­ ни при наличии симптомов поражения стволового отдела;

проникающие ранения позвоночника, в том числе и без повреждения спин­ного мозга;

переломы-вывихи и переломы тел или двусторонние переломы дуг шейных позвонков, а также односторонние переломы дуг I и II шейных позвонков, в том числе и без нарушения функции спинного мозга;

вывихи (в том числе подвывихи) шейных позвонков;

закрытые повреждения шейного отдела спинного мозга;

перелом или перелом-вывих одного или нескольких грудных или поясничных позвонков с нарушением функции спинного мозга;

ранения, проникающие в просвет глотки, гортани, трахеи, пищевода, а также повреждения щитовидной и вилочковой железы;

ранения грудной клетки, проникающие в плевральную полость, полость перикарда или в клетчатку средостения, в том числе и без повреждения внут­ренних органов;

ранения живота, проникающие в полость брюшины;

ранения, проникающие в полость мочевого пузыря или кишечника (за исклю­чением нижней трети прямой кишки);

открытые ранения органов забрюшинного пространства (почек, надпочечни­ков, поджелудочной железы);

разрыв внутреннего органа грудной или брюшной полостей, или полости таза, или забрюшинного пространства, или разрыв диафрагмы, или разрыв предстатель­ной железы, или разрыв мочеточника, или разрыв перепончатой части мочеиспуска­тельного канала;

двусторонние переломы заднего полукольца таза с разрывом подвздошно-крестцового сочленения и нарушением непрерывности тазового кольца или двой­ные переломы тазового кольца в передней и задней части с нарушением его не­прерывности;

открытые переломы длинных трубчатых костей — плечевой, бедренной и большеберцовой, открытые повреждения тазобедренного и коленного суставов;

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

термические ожоги III—IV степени с площадью поражения, превышающей 15% поверхности тела; ожоги III степени более 20% поверхности тела; ожоги II степени, превышающие 30% поверхности тела.

**К *угрожающим жизни состояниям***относятся:

шок тяжелой степени (III—IV степени) различной этиологии;

кома различной этиологии;

массивная кровопотеря;

острая сердечная или сосудистая недостаточность, коллапс, тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения;

острая почечная или острая печеночная недостаточность;

острая дыхательная недостаточность тяжелой степени;

гнойно-септические состояния;

расстройства регионального и органного кровообращения, приводящие к ин­фаркту внутренних органов, гангрене конечностей, эмболии (газовой и жировой) сосудов головного мозга, тромбоэмболии;

сочетание угрожающих жизни состояний.

***Повреждения, относящиеся к тяжким по исходу и последствиям:***

Вред здоровью, приводящий к потере зрения, под которой понимают полную стойкую слепоту на оба глаза или такое состояние, когда имеется понижение зрения до остроты 0,04 и ниже (счет пальцев на расстоянии 2 м и до светоощущения).

Поте­ря зрения на один глаз представляет собой утрату органом его функций, а потерянного глазного яблока представляет собой потерю органа. Потеря слепого глаза ква­лифицируется по длительности расстройства здоровья.

Вред здоровью, приводящий к потере речи, под которой понимают потерю спо­собности выражать свои мысли членораздельными звуками, понятными окружаю­щим, либо в результате потери голоса.

Вред здоровью, приводящий к потере слуха, под которой понимают полную глухоту или такое необратимое состояние, когда потерпевший не слышит разговор­ ной речи на расстоянии 3—5 см от ушной раковины. Потеря слуха на одно ухо расце­нивается как утрата органом его функций.

При определении тяжести вреда здоровью по признаку потери зрения или слуха не учитывают возможность улучшения зрения или слуха с помощью медико-техни­ческих средств (корригирующие очки, слуховые аппараты и т.п.).

Потеря какого-либо органа либо утрата органом его функций, под которыми следует понимать:

потерю руки, ноги, т.е. отделение их от туловища или утрату ими функций (па­ралич или иное состояние, исключающее их деятельность); потерю наиболее важ­ной в функциональном отношении части конечности (кисти, стопы) приравнивают к потере руки или ноги; кроме того, потеря кисти или стопы влечет за собой стойкую утрату трудоспособности более чем на 1/3 и по этому признаку также относится к тяжкому вреду здоровью;

повреждения половых органов, сопровождающиеся потерей производитель­ ной способности, под которой понимают потерю способности к совокуплению либо к оплодотворению, зачатию, вынашиванию плода и деторождению;

потерю одного яичка, являющуюся потерей органа.

Психическое расстройство, диагностику которого и причинную связь с полу­ченным воздействием осуществляет судебно-психиатрическая экспертиза. Оценку тяжести вреда здоровью, повлекшего за собой психическое расстройство, наркома­нию, токсикоманию, производит после проведения судебно-психиатрической, судебно-наркологической и судебно-токсикологической экспертизы судебно-медицин­ский эксперт с участием психиатра, нарколога, токсиколога. Тяжесть психического заболевания, являющегося самостоятельным проявлением вреда здоровью, опреде­ляет судебно-психиатрическая экспертиза.

К тяжкому вреду здоровью относят повреждения, заболевания, патологические состояния, повлекшие за собой стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть.

Прерывание беременности независимо от ее срока является тяжким вредом здоровью, если оно находится в прямой причинной связи с внешним воздействием, а не обусловлено индивидуальными особенностями организма или заболеваниями освидетельствуемой. СМЭ в этих случаях производят комиссионно с участием акушера-гинеколога.

Неизгладимое обезображение лица. При повреждениях лица эксперт устанавливает их тяжесть в соответствии с признаками, содержащимися в настоя­щих Правилах. Кроме того, он должен определить, является ли повреждение изгладимым. Под изгладимостью повреждения следует понимать возможность исчезно­вения видимых последствий повреждения или значительное уменьшение их выра­женности (т.е. выраженности рубцов, деформаций, нарушения мимики и пр.) с течением времени или под влиянием нехирургических средств. Если же для устранения такие действия не рассматриваются как побои, а оцениваются как причинение вреда здоровью соответствующей тяжести.

Если после нанесения ударов у освидетельствуемого обнаруживаются поврежде­ния — ссадины, кровоподтеки, небольшие поверхностные раны, не влекущие за со­бой временной утраты трудоспособности или незначительной стойкой утраты об­щей трудоспособности, их описывают, отмечая характер повреждений, локализацию, признаки, свидетельствующие о свойствах причинившего их предмета, давности и механизме образования. При этом указанные повреждения не расценивают как вред здоровью и тяжесть их не определяют.

Если побои не оставляют после себя объективных следов, судебно-медицинс­кий эксперт в заключении отмечает жалобы освидетельствуемого, в том числе на болезненность при пальпации тех или иных областей тела, отсутствие объектив­ных признаков повреждений и не определяет тяжесть вреда здоровью. В подобных случаях установление факта побоев осуществляют органы дознания, предваритель­ного следствия, прокуратура или суд на основании немедицинских данных.

**Мучения и истязания**

Мучения и истязания представляют собой действия, в результате которых может возникать вред здоровью. Судебно-медицинский эксперт не устанавливает факт му­чений и истязаний. Однако он должен определить: тяжесть вреда здоровью, причи­ненного мучениями, под которыми понимают действия, причиняющие страдания (заболевание) путем длительного лишения пищи, питья или тепла либо помещения (или оставления) потерпевшего во вредных для здоровья условиях или другие сход­ные с этим действия.

Под истязанием понимают причинение физических или психических поврежде­ний путем систематического нанесения побоев либо иными насильственными дей­ствиями (длительное причинение боли щипанием, сечением, нанесением множе­ственных, в том числе небольших, повреждений тупыми или острыми предметами, воздействием термических факторов и другие аналогичные действия).

В случаях причинения повреждений способом, носящим характер истязания, су­дебно-медицинский эксперт должен установить наличие, характер повреждений, их локализацию, орудие и механизмы возникновения повреждений, давность и не­одновременность их нанесения, тяжесть вреда здоровью.

**Течение, исходы и оценка тяжести вреда здоровью при повреждениях мягких тканей лица, челюстно-лицевых костей и зубов.**

Принципы проведения СМЭ при повреждениях челюстно-лицевых костей у живых лиц не отличаются от общепри­нятых. Однако порядок выполнения стоматологических экс­пертиз имеет свои особенности, на которые следует обращать внимание. При оценке повреждений решаются такие важные вопросы, как установление характера телесного повреждения, его давности и механизма образования, вида действовавшего предмета или орудия, тяжести причиненного вреда здоровью. При установлении характера травматического процесса у живых лиц необходимо опираться на результаты исследова­ния стоматологического статуса, которое должно быть дос­таточно полным и соответствовать осмотру, принятому в со­временной стоматологической практике. Для этих целей к осмотру должны привлекаться врачи-стоматологи.

При травмах челюстно-лицевых костей необходимую ин­формацию дает рентгенография. Снимки должны изготав­ливаться в прямой и боковой проекциях и при необходимо­сти - в аксиальной или полуаксиальной. Изучение рентге­нограмм сводится к оценке формы, контуров и структуры челюстно-лицевых костей и зубов, состояния мягких тка­ней вокруг них, формы и ширины периодонтальной и сус­тавной щели.

Давность возникновения повреждений определяется по наличию реактивных и репаративных процессов в повреж­денных тканях с учетом возраста пострадавшего и состоя­ния его здоровья.

Механизм образования повреждения устанавливается по морфологическим признакам, характеризующим проявле­ния травмирующего действия факторов внешней среды. По результатам исследования, например, при механической травме устанавливаются особенности предмета или орудия, которым нанесено повреждение, или их типовые свойства (тупой, острый и др.).

Экспертная оценка тяжести вреда здоровью при перело­мах челюстно-лицевых костей определяется характером повреждений, их течением и исходом. Каждый вид перелома отдельных костей лица имеет свои особенности в зависимости от действия приложенной силы и степени смещения отломков.

В соответствии с «Правилами судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здо­ровью», переломы челюстно-лицевых костей не относят к группе повреждений, кото­рые по своему характеру опасны для жизни, однако их клиническое течение может нередко сопровождаться осложнениями, угрожающими жизни пострадавшего.

Различают 3 группы этих осложнений: непосредственные (острые), ближайшие (ранние) и отдаленные (поздние).

Самым частым и грозным осложнением повреждений челюстно-лицевых костей является шок, тяжелая степень (III—IV степень) которого относится к угрожающим жизни состояниям. Клиническая картина характеризуется спутанностью сознания, заторможенностью, одышкой, стойким снижением систолического артериального давления (до 80—60 мм рт. ст.), тахикардией до 100-140 ударов в минуту, нитевидным пульсом, диффузным повышением кровоточивости (ДВС-синдром) и др.

Угрожающим жизни состоянием является острая дыхательная недостаточность тяжелой степени, которая при повреждениях челюстно-лицевых костей обычно свя­зана с развитием механической асфиксии. Различают 5 видов асфиксии:

дислокационную — вызываемую смещением поврежденными костными отлом­ками верхней или чаше нижней челюсти, языка с закрытием входа в гортань;

обтурационную — вследствие закупорки верхних дыхательных путей инород­ными телами (осколками костей, зубов, сгустками крови и пр.);

стенотическую — в результате сдавления и сужения гортани и трахеи при вос­палительном отеке, кровоизлиянии, эмфиземе глотки и шеи;

клапанную — вследствие образования клапана из лоскутков разорванного мягкого неба (реже — мягких тканей лица) и закрытия входа в гортань;

аспирационную — при засасывании и затекании в дыхательные пути крови, слизи, рвотных масс и пр.

Течение нарушения внешнего дыхания может быть острым и отсроченным (за­тяжным). При остро протекающей асфиксии дыхание становится учащенным и бо­лее глубоким, затем быстро развиваются судороги, дыхание останавливается, зрачки расширяются. В этом терминальном состоянии, перед полной остановкой сердеч­ной деятельности, возможны отдельные глубокие вдохи.

При отсроченном развитии явления асфиксии нарастают постепенно, иногда -в течение нескольких часов или даже 1—2 сут. Пострадавший обычно лежит вниз ли­цом или на боку. При изменении положения тела может произойти обострение про­цесса, который протекает как острая (быстрая вторичная) асфиксия, требующая энер­гичного и срочного вмешательства вплоть до трахеостомии. После асфиксии воз­можны аспирационные пневмонии. Длительная гипоксия мозга на фоне травмы способствует развитию постаноксической энцефалопатии.

Множественные оскольчатые переломы челюстно-лицевых костей могут сочетать­ся с диффузными и ограниченно-диффузными субарахноидальными кровоизлияни­ями, ушибами головного мозга (в том числе тяжелой степени), а также с наиболее тяжелой формой поражения мозга — диффузным аксональным поражением. Такие повреждения относят к категории опасных для жизни.

Одно из осложнений при переломах челюстно-лицевых костей — кровотечения, среди которых выделяют первичные и вторичные. Первичное кровотечение возни­кает непосредственно в результате травмы. Повреждения сонной (общей, наружной и внутренней) артерии, яремных вен сами по себе опасны для жизни. Повреждения язычной, внутренней альвеолярной и верхнечелюстной артерий и ряда других сосу­дов могут привести к массивной кровопотере, т.е. к угрожающему жизни состоянию.

Вторичные кровотечения также весьма характерны для повреждений челюстно-лицевой области и возникают вследствие аррозии сосудистой стенки, септических осложнений и др.

К отдаленным осложнениям относят группу травматических воспалительных (гнойных) процессов — флегмоны и абсцессы, гаймориты, синуиты, травматичес­кие остеомиелиты, газовую и гнилостную инфекцию, менингит, сепсис и др. Раз­витию гнойных осложнений и травматического остеомиелита способствуют забо­левания зубочелюстной системы, например кариозные зубы, расположенные в ли­нии перелома.

Переход инфекции из полости рта, гайморовой полости на основание черепа мо­жет привести к базальному гнойному менингиту. Проникновение патогенной флоры в легкие способствует бронхопульмональным осложнениям, в частности пнев­монии. При аспирации стерильных веществ асептическое воспаление весьма скоро инфицируется гематогенным или лимфогенным путем.

Наряду с таким экспертным критерием, как опасность для жизни, при судеб­но-медицинской оценке тяжести повреждений челюстно-лицевых костей исполь­зуются и критерии длительности расстройства здоровья, стойкой утраты общей и профессиональной трудоспособности. Судом может учитываться неизгладимое обезображение лица.

В большинстве случаев неосложненные переломы челюстно-лицевых костей за­живают через 4-5 нед, в более сложных случаях заживление затягивается до 6—8 нед; поэтому эти переломы квалифицируются по признаку длительного расстройства здо­ровья. Исключение составляют лишь небольшие трещины скуловой кости и скуловой дуги, а также переломы костей носа без смещения, при которых выздо­ровление обычно наступает через 7-10 дней. В данном случае квалифицирующим признаком служит кратковременное расстройство здоровья.

***Таблица 17. Средние сроки временной нетрудоспособности при травмах челюстно-лицевой области (по Александрову Н.М., Аржанцеву П.З., 1986) (***Характер и локализация повреждений, Срок, дни)

Травма мягких тканей 8—9 дней

Вывих нижней челюсти 2—3

Переломы и вывихи зубов 8—10

Переломы костей носа 8—9 Переломы нижней челюсти:

Одиночные 25-32

двойные и двусторонние 28—40

множественные 36—44

осложненные 32—60

Переломы альвеолярного отростка верхней челюсти 8—10

Переломы тела верхней челюсти: 28—60

Ле Фор I 28-36

ЛеФор II 32-45

Ле Фор III 40-60

Переломы скуловой кости и скуловой дуги 15—22

Огнестрельная травма лица 35—60

Примечание. При осложненных переломах челюстно-лицевых костей сроки временной нетрудо­способности увеличиваются на 1—2 нед.

Нередко переломы челюстно-лицевых костей сопровождаются повреждениями нервов лица с развитием парезов, параличей и др. В этих случаях нарушения функ­ции тройничного, лицевого и подъязычного нервов средней степени оцениваются как стойкая утрата трудоспособности в размере 15%, а нарушения сильной степени - как утрата трудоспособности в размере 20%.

Последствием грубых повреждений носа, сопровождавшихся деформацией и сме­щением носовой перегородки, может быть расстройство носового дыхания и обоня­ния. Нарушение носового дыхания может приводить к упорным головным болям, невралгии тройничного нерва, астматическим припадкам. Средняя степень наруше­ния носового дыхания (значительное одностороннее, умеренное двустороннее) оп­ределяется в 10% утраты трудоспособности, сильная степень (резкое односторон­нее, значительное двустороннее) — в 15%, полное двустороннее нарушение носового дыхания (резкая деформация носа, гнусавость) — в 30% утраты трудоспособности.

Отсутствие мягких частей носа (крыльев и кончика) оценивается как стойкая ут­рата трудоспособности в размере 15%, а отсутствие всего носа (костей, хрящей и мяг­ких тканей) — 30%. Потеря носа всегда, а деформация носа и потеря части носа - в некоторых случаях могут быть признаны судом как обезображение лица.

Осложненные переломы скуловой кости, верхней или нижней челюсти, а также вывих нижней челюсти, сопровождающиеся умеренным нарушением прикуса и акта жевания (легкая степень функциональных нарушений) оцениваются по признаку стой­кой утраты трудоспособности в размере 10%. Эти повреждения при наличии функцио­нальных изменений средней степени в виде значительного нарушения прикуса и акта жевания вызывают стойкую утрату 15% трудоспособности; при наличии функциональ­ных изменений сильной степени в виде резкого нарушения прикуса и открывания рта, деформации челюсти стойкая утрата трудоспособности составляет 20%.

Отсутствие части верхней или нижней челюсти оценивается как стойкая утрата 40% трудоспособности, отсутствие челюсти — 80%, языка на уровне дистальной тре­ти — 15%, на уровне средней трети — 35%, полная потеря языка — 70%.

При сужении рта, образовании слюнной фистулы стойкая утрата трудоспособно­сти составляет: при расстройствах легкой степени — 10%, средней степени — 20%, сильной степени — 30%.

Исходом тяжелой челюстно-лицевой травмы может явиться деформация лица с грубыми Рубцовыми последствиями. Деформация сильной степени составляет 25% стойкой утраты трудоспособности. Кроме того, такие повреждения (последствия

повреждений) с экспертной точки зрения являются неизгладимыми, а суд квалифи­цирует их как обезображивающие лицо.

Нельзя не согласиться с мнением Б.С. Свадковского, что течение и исход переломов челюстно-лицевых костей зависят от оказания первой врачебной помощи, сроков по­ступления пострадавших в специализированные стоматологические учреждения, а так­же от качества лечебных мероприятий как в стационаре, так и во время амбулаторного долечивания. Диагностические дефекты и неправильное сопоставление отломков на первых этапах оказания врачебной помощи, поздняя госпитализация в специализиро­ванные стационары, отсутствие наблюдения хирурга-стоматолога при долечивании уве­личивают число осложнений, приводят к труднообратимым, а порой — и к вовсе необ­ратимым анатомо-функциональным изменениям, в силу чего увеличивается продол­жительность расстройства здоровья, повышается процент стойкой утраты трудоспособности; экспертная квалификация травмы в значительной мере определяет­ся в этих случаях не характером повреждения, а качеством медицинской помощи.

В основе экспертной оценки тяжести вреда здоровью при повреждении зубов ле­жит детальное исследование стоматологического статуса. При обследовании потер­певшего обращают внимание на симметричность лица, состояние видимых при раз­говоре зубов, чистоту речи. При этом важно отметить степень открывания рта, так как при травмах или заболеваниях зубов может наблюдаться ограничение открыва­ния рта вплоть до полного сведения челюстей (тризм). При осмотре зубного ряда верхней и нижней челюстей определяют расположение зубов, обращая внимание на их смещение, изменение наклона, уровень жевательной поверхности по отношению к смежным зубам, поворот вокруг продольной оси, величину, форму и цвет.

Для выяснения состояния перицемента и болевой реакции производят перкус­сию зуба. Здоровый перицемент при перкуссии безболезненный. Явления периос­тита также выявляются по болевой реакции при надавливании на слизистую обо­лочку десны соответственно проекции верхушки корня поврежденного зуба, причем пальпацию следует проводить бимануально для сравнения симметричных участков.

Среди других дополнительных методов исследования для определения состояния возбудимости нервов зуба и перицемента используются физические методы термо-и электродиагностики, что позволяет выявить патологические изменения пульпы либо установить полное ее омертвение.

Судебно-медицинская оценка тяжести повреждений зубов основывается на об­щих критериях, к которым, согласно данным литературы, обычно относятся: значи­тельная и незначительная стойкая утрата общей трудоспособности, полная утрата профессиональной трудоспособности, кратковременное расстройство здоровья, не­изгладимое обезображение лица (по решению суда).

Повреждения зубов, вплоть до полной их утраты, могут иметь различные течение и исход. Травматические периодонтиты бывают следствием непосредственной травмы десен и вместе с тем наиболее типичным осложнением вывиха зуба. Последствиями переломов нередко являются травматические пульпиты и периоститы. При благопри­ятных условиях для возникновения инфекции возможно развитие флегмон и остео­миелита челюсти и других септических осложнений, нередко угрожающих жизни.

Потеря нескольких резцов может вызвать нарушение речи, а утрата коренных зу­бов — расстройство жевательной функции. Последнее порой отражается на деятель­ности желудочно-кишечного тракта, а следовательно на состоянии здоровья потер­певшего. Именно поэтому ряд ведущих отечественных судебных медиков квалифицировали травматическую потерю нескольких зубов (в зависимости от их количе­ства) как значительную и незначительную утрату общей трудоспособности.

Достаточно сложен вопрос о травматической потере молочных зубов. Одно дело, когда их утрата произошла в период смены на постоянные (корень молочного зуба находится в состоянии полной резорбции). Однако потеря молочного зуба до его смены влечет за собой в последующем заметные нарушения состояния зубных ря­дов постоянных зубов. Очевидно, что такие повреждения следует приравнивать по тяжести к: потере аналогичных постоянных зубов.

Переломы передних зубов или их травматическую экстракцию суд вправе отнести к неизгладимому обезображению лица. Устранение косметического дефекта в таких случаях путем протезирования не может приниматься во внимание, на что есть осо­бое указание «Правил судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью» об оценке изгладимости и неизгладимости повреждений.

При определении тяжести вреда здоровью вследствие повреждения зубов судеб­ный медик должен исходить из характера (без утраты или с утратой зуба) и количе­ства повреждений, учитывая состояние зубочелюстной системы пострадавшего, воз­раст и ряд других факторов. Повреждения зубных протезов не квалифицируются по степени тяжести. В таких случаях может лишь возникать вопрос о материальных зат­ратах, необходимых для их изготовления.

Травматические повреждения зубов подразделяются на: 1) повреждения десен с травматическим периодонтитом; 2) вывих зуба (неполный или вколоченный); 3) пе­релом зуба (коронки, шейки и корня); 4) экстракция зуба (в том числе полный вы­вих). Некоторые из перечисленных повреждений могут не сопровождаться потерей зуба, другие, как правило, приводят к его утрате. В силу этого при экспертной оцен­ке повреждений зубов обычно применяются такие критерии, как продолжительность расстройства здоровья и стойкая утрата общей трудоспособности.

Причинами травматических расстройств зубной системы, не сопровождающих­ся потерей зубов, бывают острый травматический периодонтит (который может развиться даже при визуальном отсутствии повреждений десны) или неполный вывих зуба. Продолжительность острого периодонтита составляет от 2-3 сут до 2 нед, при переходе в хроническую форму — до 4 нед. В этих случаях следует учи­тывать возможность осложнений в виде периостита, остеомиелита челюстей, околочелюстных флегмон.

Неполный травматический вывих при условии оказания своевременной стома­тологической помощи обычно излечивается в срок до 7 дней. Если он сопровожда­ется даже неосложненным периодонтитом, функция жевания восстанавливается к 12-м суткам. Следует помнить, что у лиц, имевших до травмы заболевания зубов, под влиянием травмы возможно обострение ранее существовавшего хронического периодонтита.

Основными причинами травматической потери зубов являются их переломы и экстракция, рассматриваемая некоторыми авторами как полный травматичес­кий вывих.

Перелом практически любой части зуба позволяет прогнозировать неблагоприят­ный исход (утрату зуба). Особенно это касается перелома шейки и корня зуба, а так­же собственно травматического его удаления. При экстракции происходит наруше­ние связи зуба и его сосудисто-нервного пучка с его опорным аппаратом и смещение корня за пределы лунки. Не исключается вправление, укрепление в правильном положении и даже приживление поврежденного зуба, однако в большинстве такого рода травм происходит разрыв сосудисто-нервного пучка и омертвение пульпы.

По мнению ряда авторов, для определения тяжести вреда здоровью в случаях ут­раты зубов имеют значение количество потерянных зубов и место, которое они за­нимали в зубном ряду, — резцы, клыки, коренные зубы. Обстоятельством, увеличи­вающим тяжесть травмы, является утрата опорного для протеза зуба, а также травма коренного зуба, имеющего антагониста, при неполноценности других зубов.

Даже отсутствие 1 зуба в конечном счете приводит к расстройству жевательной функ­ции, нарушению статики зубной системы и увеличению нагрузки на остальные зубы. Это в первую очередь проявляется локальным ослаблением опорного аппарата соседних зубов и зуба-антагониста. Зубы, смежные с утраченным, наклоняются к освободившемуся про­межутку, расшатываются, а его антагонист, уже не встречая противоположной жеватель­ной поверхности, выходит из ячейки. Такие локальные изменения пародонта (пародонтопатии) чаще возникают при отсутствии протезов, иногда — при несвоевременном, запоз­далом лечении или даже вследствие повышенной функциональной нагрузки из-за неправильного протезирования. Более того, даже полное и правильное протезирование утраченных зубов не восстанавливает полностью функцию жевания.

Не вызывает сомнения огромное значение зубных протезов для исправления кос­метических дефектов. Однако и само протезирование не безразлично для зубочелю-стной системы, в частности для состояния пародонта опорных зубов-носителей про­теза. Пародонт опорных зубов-носителей протезов, даже при правильном протези­ровании, из-за перегрузки постепенно лишается резервных сил, работает на пределе своих возможностей, что способствует развитию пародонтопатии этих зубов. Посто­янная перегрузка опорных зубов под мостовидным протезом неблагоприятно ска­зывается на их устойчивости. Вследствие чрезмерной работы опорных зубов умень­шается специфическая способность перицемента превращать вредное давление в безвредное и возникает патологическая подвижность этих зубов. Протезы, не отве­чающие необходимым требованиям, могут вызывать не только катаральные и язвен­ные гингивиты и стоматиты, но и периоститы, альвеолярную пиорею и даже некро­зы твердого неба и остеомиелиты челюстей.

Введение в новом Уголовном кодексе квалифицирующего признака тяжкого вре­да здоровью в виде полной утраты профессиональной трудоспособности свидетель­ствует об актуальности замечаний отечественных судебных медиков о повышенной ценности передних зубов у представителей отдельных профессий. Потеря последних может привести к снижению и полной потере профессиональной трудоспособности у музыкантов, играющих на духовых инструментах, певцов, некоторых цирковых артистов и др.

Нередко травма зубов у пострадавших может сочетаться с предшествующими за­болеваниями зубов (пародонтоз, кариес и др.). Очевидно, что предшествующие за­болевания лишают зубной аппарат его функциональной ценности (целость болез­ненно измененного зуба может нарушаться без применения значительной силы даже во время разжевывания твердой пищи), и поэтому он не должен рассматриваться как «полноценно функционирующий объект для повреждения» (Пырлина Н.П., 1955). Потеря неполноценного зуба или даже нескольких зубов, стоящих вне зубно­го ряда, разрушенных кариесом до основания коронки или резко расшатанных вслед­ствие патологического процесса, не причиняет ущерба пострадавшему, поэтому не может быть приравнена к потере здорового целого зуба.

В силу этого при проведении СМЭ тяжести вреда здоровью вследствие потери зу­бов у лиц с патологией зубочелюстной системы необходимо решить вопрос, являют­ся ли потерянные зубы (зуб) полноценными или неполноценными. При этом нужно иметь в виду, были ли они здоровы или нет, находились ли поврежденные зубы среди других зубов или располагались изолированно, имеются ли их антагонисты.

При пародонтозе I и II стадии полный травматический вывих 2 и даже 4 зубов сопровождается симптомами, характерными для этой формы повреждений. Проис­ходит разрыв тканей, укрепляющих поврежденные зубы в альвеоле, со смещением их корней. При освидетельствовании отмечается значительная подвижность (во все стороны) поврежденного зуба, который фиксируется только мягкими тканями. То же происходит и при травматической экстракции зуба (зубов), когда связь повреж­денного зуба с мягкими тканями нарушается полностью и происходит отделение зуба. При рентгенографическом исследовании в этом случае обнаруживаются свободные от зубов лунки — признаки свежей экстракции, а в более поздние сроки отмечается частичная или полная оссификация лунки.

Перелом зуба при пародонтозе I и II стадии, безусловно, следует квалифициро­вать как потерю полноценного зуба. Сам факт возникновения перелома зуба при этих стадиях заболевания как бы подчеркивает значительную выносливость пародонта, хорошую фиксацию поврежденного зуба его опорным аппаратом.

К потере неполноценных зубов относятся случаи экстракции после травмы при наличии пародонтоза III стадии или дефектах зубных рядов, сопровождающихся значительными локальными поражениями опорного аппарата потерянных зубов, в том числе пародонтопатией значительной степени зубов-носителей протеза.

Потеря зубов при наличии кариеса может быть расценена как потеря полноцен­ных или неполноценных зубов, что главным образом определяется степенью изме­нения их прочностных качеств. В изменении прочностных свойств зуба при кариесе и других заболеваниях твердых тканей зуба с нарушением их целости главную роль играют глубина и локализация поражения, так как от этого зависит выносливость (прочность) зубов по отношению к нагрузке и, следовательно, к травматическим воз­действиям.

Вместе с тем при кариесе в отличие от пародонтопатии пародонт длительное вре­мя бывает интактным. Поэтому потерю измененных кариесом зубов вследствие трав­матической экстракции или полного вывиха следует рассматривать как потерю пол­ноценных зубов. Механизм повреждения зубов в данном случае определяет травма, а не патология.

Оценка потери зуба вследствие его перелома при наличии кариеса до травмы за­висит от локализации перелома. Обычно перелом в зоне кариеса с последующей ут­ратой зуба трактуется как потеря неполноценного зуба; если перелом локализуется на отдалении от места кариеса, потерянный зуб считается полноценным.

По мнению Г.А. Ботезату, потерю зуба при кариесе следует расценивать как потерю неполноценного зуба при трех условиях: во-первых, только в случаях перелома зуба; во-вторых, когда перелом по локализации совпадает с местом кариозного процесса; в-третьих, когда кариозным процессом поражены все ткани зуба (глубокий кариес).

К потере неполноценных зубов следует отнести также переломы при травме от­дельных зубов, подвергнутых ранее трепанации и пломбировке пульповой камеры. При этом механизм потери аналогичен потере (перелому) кариозно измененного зуба.

Иногда при СМЭ по поводу челюстно-лицевых повреждений приходится встре­чаться с симуляцией травмы. Объективной основой для симуляции являются кли­нические проявления и последствия заболеваний зубочелюстной системы, в какой-то степени сходные с повреждениями зубов.

Как результат травматического вывиха могут быть представлены подвижность и смещение зубов, обусловленные пародонтопатией или пародонтозом. В таких слу­чаях правильно оценить изменения зубов (как следствие предшествующих заболева­ний) позволяют клинические симптомы, а также рентгенологическое исследование, при котором выявляется наличие атрофии костной ткани альвеолярного отростка (убыль краев лунок) и отсутствие характерных признаков травматического вывиха (выхождение корня зуба из его альвеолы, боковое смещение, увеличение ширины линии перицемента и др.).

Давняя (травматическая или нетравматическая) потеря зуба может выдаваться за свежую травму. Подтвердить факт симуляции в этом случае позволит сопоставление срока причинения травмы с состоянием тканей в области отсутствующего зуба. При давней экстракции не бывает соответствующих травме свежих повреждений мягких тканей, а рентгенологически определяется частичная или полная оссификация кост­ной лунки. В случае свежей травмы на месте отсутствующего зуба обнаруживается ранка мягких тканей, а рентгенологически — свободная глубокая лунка.

Дефектами зубов, возникающими на почве кариозного процесса, симулируются травматические переломы и т.п. В основе дифференциальной диагностики подоб­ных состояний лежит оценка дефекта коронки. В отличие от травматических пере­ломов при дефектах коронки или ее полном разрушении, вызванных глубоким кари­есом, обнаруживается полость с шероховатой поверхностью стенок и наличием пиг­ментации. Рентгенологическое исследование часто выявляет воспалительную гранулему в области верхушки пораженного зуба.

Болезненность и подвижность зубов при хроническом периодонтите могут выда­ваться за проявления острого травматического периодонтита. В таких случаях под­твердить факт хронического воспаления десен позволяет анализ клинической кар­тины. При хроническом периодонтите у пораженного зуба может быть покраснение десны, в области верхушки корня зуба нередко обнаруживается десневой свищ с вы­делением гноя, иногда — с грануляциями вокруг свища. Рентгенологически обнару­живаются деформация периодонтальной щели и изменения верхушки корня зуба.

При симуляции травмы зубов достаточным экспертным критерием может служить несоответствие объективной картины состояния зубочелюстной системы указывае­мому потерпевшим сроку травмы.

Список использованной литературы

1. Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. № 522 "Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека".
2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24 апреля 2008 г. № 194н "Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 364н "Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации".
4. Борзенков Г. Проблемы квалификации преступлений против жизни и здоровья, совершенных из хулиганских побуждений // Законность. 2008. №5. - С.7-11.
5. Васильева Н.В. Проблемы квалификации умышленного причинения вреда здоровью из хулиганских побуждений // Российская юстиция. 2008. № 2. - С.6-9
6. Векленко В., Галюкова М. Уголовно-правовой анализ понятия "вред здоровью" // Уголовное право. 2007. № 1. - С.33-35 .Гудимов А.С.
7. К вопросу о неконкретизированном умысле при умышленном причинении средней тяжести вреда здоровью. // Человек: преступление и наказание: Науч. журн. / Академия ФСИН России. 2007. № 1. - С.84-89