

**ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" МЗ РФ**

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии им. проф. П.Г.
Подзолкова с курсом ПО

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор Чикун В.И.

Руководитель: д.м.н., профессор Чикун В.И.

Реферат

На тему: «Определение степени тяжести вреда,
причиненного здоровью человека»

Выполнила:

Ординатор 1 года

Очной формы обучения

Червоная Наталья Юрьевна

Красноярск, 2017

Содержание

Актуальность	3
1.Методика и порядок проведения судебно-медицинской экспертизы определения степени вреда здоровью	4
2. Оформление судебно-медицинской документации	5
3. Определение степени тяжести вреда:	
3.1 Критерии тяжкого вреда	7
3.2 Критерии вреда средней степени тяжести	1
3.3 Критерии вреда легкой степени тяжести	1
4. Судебно-медицинская экспертиза трудоспособности	1
5. Судебно-медицинская экспертиза состояния здоровья	1
Список литературы	19

Актуальность

Охрана личности и прав граждан от преступных посягательств является одной из задач Российского уголовного законодательства. За совершение преступления против личности (причинение вреда жизни, здоровью, свободе и достоинству личности) законом предусмотрена уголовная ответственность. При расследовании и рассмотрении судами уголовных дел о преступлениях против жизни и здоровья, проведение судебно-медицинской экспертизы является обязательным. Судебно-медицинскую экспертизу тяжести вреда здоровью в настоящее время производят в соответствии с Уголовным кодексом РФ и Уголовно-процессуальным кодексом РФ. Экспертиза потерпевших для определения степени тяжести причиненного вреда здоровью является наиболее частым видом судебно-медицинской экспертизы и проводится в соответствии с «Правилами судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений». Знание особенностей судебно-медицинской квалификации повреждений по степени тяжести причиненного вреда здоровью является значимым в подготовке врача. Необходимо постоянно углублять знания по методике описания повреждений, правовых знаний («Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», уголовно-процессуального законодательства) и нормативных актов, регламентирующих назначение, проведение, документирование экспертиз (исследований). Судебно-медицинская экспертиза живых лиц по частоте занимает первое место в судебно-медицинской практике и проводится по весьма разнообразным поводам, возникающим в уголовных и гражданских делах. При гибели пострадавших те же самые задачи разрешаются в ходе судебно-медицинской экспертизы трупа. В практической деятельности врач судебно-медицинский эксперт для установления степени тяжести вреда использует Постановление Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 г. N 522 г. Москва "Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека", приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. N 194н "Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека".

1. Методика и порядок проведения судебно-медицинской экспертизы определения степени вреда здоровью

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

Повреждающий фактор - материальное тело или материальное явление, способное причинить вред здоровью человека.

Повреждающие факторы подразделяются на физические (механические, термические, барометрические, электромагнитные, радиационные), химические, биологические и психические.

Основными этапами проведения судебно-медицинской экспертизы по поводу установления причиненного вреда здоровью и его степени являются следующие:

1. Знакомство с судебно-медицинскими документами (направлением, постановлением о назначении экспертизы).
2. Удостоверение личности потерпевших.
3. Изучение обстоятельств травмы.
4. Исследование медицинских документов.
5. Расспрос жалоб о состоянии здоровья.
6. Получение объективных данных.
7. Направление на дополнительные исследования либо к врачам-специалистам.
8. Получение необходимой дополнительной документации.
9. Составление заключения.

Судебно-медицинское освидетельствование (экспертизу) проводят в амбулатории бюро судебно-медицинской экспертизы, в стационарах, на дому у потерпевшего, в кабинете следователя, в судебном заседании, помещениях полиции и местах заключения.

Основанием для проведения судебно-медицинской экспертизы могут являться только постановление следственных органов либо определение суда.

Любая судебно-медицинская экспертиза либо освидетельствование потерпевших начинается со знакомства с направлением (постановлением), выносимым органами дознания, следствия или суда, вопросами, поставленными на ее разрешение, а также документами, удостоверяющими личность потерпевшего. По документам и со слов потерпевшего важно выяснить и изучить обстоятельства получения телесных повреждений. При наличии у потерпевшего медицинских документов (листка нетрудоспособности, справок об оказании первой медицинской помощи и т.п.) нужно внести их данные в акт освидетельствования, а затем приступить к объективному исследованию по существующим медицинским правилам. При необходимости применения клинических методов обследования судебно-медицинский эксперт направляет потерпевших к врачу-специалисту. Если потерпевший до проведения находился на излечении в больнице или поликлинике, то эксперт должен запросить обязательно подлинник истории болезни либо амбулаторной карты через судебно-следственные органы. Завершающим этапом проведения судебно-медицинской экспертизы является оформление заключения.

2. Оформление судебно-медицинской документации

При судебно-медицинской экспертизе живых лиц по поводу причинения телесных повреждений в “Заключении” судебно-медицинский эксперт в заключении обязан ответить в основном на четыре вопроса:

1. Определить характер повреждения (ссадина, кровоподтек, рана, вывих, перелом и т.д.);
2. Чем причинено данное повреждение (тип, вид орудия, оружия);
3. Давность причиненного повреждения;
4. Степень тяжести вреда здоровью.

Возможности судебно-медицинской экспертизы в настоящее время позволяют решить значительно больший объем вопросов, которые могут иметь значение в отношении привлечения к уголовной ответственности лица и квалификации его действий. В частности, судебно-медицинский эксперт при предоставлении в его распоряжение материалов дела, вещественных

доказательств, результатов судебно-биологического исследования может ответить на примерный перечень таких вопросов:

1. Каков механизм образования повреждений?
2. Не причинено ли данное повреждение конкретным орудием или оружием?
3. Могли ли возникнуть данные повреждения при падении из положения стоя на плоскость и выступающие на ней предметы?
4. Каково было взаиморасположение нападавшего и потерпевшего в момент нанесения повреждений?
5. Мог ли потерпевший с полученными телесными повреждениями совершать активные целенаправленные действия? Судебно-медицинская экспертиза живых лиц.
6. Как долго мог совершать активные действия пострадавший после нанесения телесных повреждений?
7. Не находился ли потерпевший в момент получения повреждений в состоянии алкогольного опьянения?
8. Могли ли данные телесные повреждения быть нанесены рукой пострадавшего?

«Заключение эксперта» оформляют согласно установленным формам медицинской документации. Документ состоит из трех частей - введения, исследовательской части и выводов.

Во введении указывается учреждение и адрес, где и когда произведена экспертиза, на основании каких документов она проводится и кем (фамилия, имя, отчество эксперта, образование, специальность, ученое звание, занимаемая должность, стаж работы); фамилия, имя, отчество, возраст, профессия, место жительства свидетельствуемого, а также данные из документов, удостоверяющих личность. В этой же части документа указываются и лица, в присутствии которых проведена экспертиза, а затем вопросы, поставленные на ее разрешение. Кроме того, во введении приводятся следственные данные и сведения об обстоятельствах получения травмы со слов свидетельствуемого или сопровождающих его лиц.

В исследовательскую часть вносят данные объективного исследования с указанием локализации повреждений их характера и других индивидуальных

особенностей. Выявленные повреждения описывают и при необходимости фотографируют.

В выводах эксперт обязан ответить на все вопросы, поставленные на разрешение экспертизы, и дать научно обоснованные, мотивированные суждения. Оформленное заключение выдается или высылается только органам дознания, следствия или суду, по требованию которых производилась экспертиза. Заключение заверяется подписью эксперта и печатью учреждения, в котором проводилось освидетельствование.

3. Определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека

3.1 Тяжкий вред здоровью. Критериями тяжкого вреда здоровью являются:

- опасность для жизни;
- потеря зрения, речи, слуха, какого-либо органа или 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 угрожают жизни пострадавшего в момент их нанесения или при обычном их течении заканчиваются смертью. Если при таком повреждении смерть предотвращена благодаря медицинской помощи, то благоприятный исход не влияет на оценку повреждений как опасных для жизни. Перечень опасных для жизни повреждений включает:

- ранения, проникающие в полость черепа, в том числе и без повреждения 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 тяжести при наличии симптомов поражения стволового отдела;
- ранения, проникающие в позвоночный канал, в том числе и без повреждения спинного мозга; переломовывихи 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 и подвывихи) шейных позвонков; закрытые повреждения спинного мозга в шейном отделе; перелом или переломовывих одного или нескольких грудных или поясничных позвонков с нарушением функции спинного мозга или с наличием клинически установленного шока тяжелой степени; закрытые повреждения грудных, поясничных и крестцовых сегментов спинного мозга, сопровождавшиеся тяжелым спинальным шоком или нарушением функций тазовых органов;

- 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 (обнаруживаемая при ранениях грудной клетки подкожная эмфизема не может рассматриваться как признак проникающего повреждения в тех случаях, когда явления гемопневмоторакса отсутствуют, эмфизема имеет ограниченный характер и нет сомнения в том, что раневой канал не проникал в плевральную полость);

- ранения живота, проникающие в полость брюшины; открытые ранения органов забрюшинного пространства (почек, надпочечников, поджелудочной железы); проникающие ранения мочевого пузыря или кишечника (за исключением нижней трети прямой кишки);

- 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;

- 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;

- открытые переломы длинных трубчатых костей — плечевой, бедренной и большеберцовой (степень тяжести других переломов, а также повреждений суставов устанавливается в зависимости от вызванных ими угрожающих жизни состояний либо по признаку стойкой утраты трудоспособности);

- переломы костей таза, сопровождавшиеся шоком тяжелой степени, массивной кровопотерей либо разрывом перепончатой части уретры;

- повреждение, повлекшее за собой шок тяжелой степени или массивную кровопотерю, вызвавшую коллапс; клинически выраженную жировую или газовую эмболию; травматический токсикоз с явлениями острой почечной недостаточности;

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

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

К опасным для жизни относят также повреждения, которые сопровождаются **угрожающими жизни состояниями**, т. е. расстройствами функций органов, систем и организма в целом, которые не могут корригироваться путем саморегуляции и требуют проведения специального комплекса медицинских мер по восстановлению жизнедеятельности организма.

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;

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

К опасным для жизни могут быть отнесены: тяжелые последствия переливания иногруппной крови и иные варианты гемотрансфузионных конфликтов, тяжелые отравления ядами общетоксического действия без явлений местного химического поражения, последствия облучения организма массивными дозами ионизирующего излучения и др.

Опасность для жизни является единственным признаком, по которому вред здоровью устанавливается независимо от исхода повреждения. Все остальные критерии определяют только в зависимости от реального исхода повреждения.

Под потерей зрения понимают стойкую, т. е. необратимую, полную слепоту на оба глаза или такое необратимое посттравматическое состояние, когда острота зрения снижена до счета пальцев на расстоянии 2 м и менее

(острота зрения 0,04 и ниже). Повреждение незрячего глаза, потребовавшее его удаления, потерей зрения не считается.

Под потерей слуха понимают стойкую полную глухоту на оба уха или такое необратимое посттравматическое состояние, когда пострадавший не слышит разговорной речи на расстоянии 3—5 см от ушной раковины.

Под потерей речи понимают утрату способности членораздельной речи.

К потере какого-либо органа или утрате им функций относят: либо потерю руки или ноги, т. е. отделение их от туловища выше уровня локтевого или коленного сустава, или полный необратимый паралич, или потерю производительной способности, т. е. необратимую утрату способности к совокуплению либо оплодотворению, зачатию, вынашиванию плода и деторождению (родоразрешению). Потеря одного яичка тоже является потерей органа.

Последствием травмы может стать **неизгладимое обезображение лица**, такой вред здоровью расценивается как тяжкий. Врач должен установить, изгладимы или неизгладимы последствия повреждения: дефекты лица и рубцы на нем, нарушения мимики. Под изгладимостью понимается значительное уменьшение последствий травмы лица в процессе заживления или под влиянием нехирургических лечебных мероприятий. Если последствия устранимы только с помощью косметической операции, повреждение считается неизгладимым. Степень обезображенности лица устанавливаются судебно-следственные органы.

Если в результате причиненной травмы развивается **психическое расстройство**, то причиненный вред здоровью расценивается как тяжкий. Диагностика психического расстройства, определение наличия и характера его причинной связи с повреждением являются компетенцией судебных психиатров.

Длительное систематическое употребление психоактивных веществ может привести к развитию наркомании или токсикомании. В таких случаях причиненный здоровью вред оценивается как тяжкий.

К тяжкому вреду здоровью относят травмы, которые приводят к **прерыванию беременности**, причем независимо от ее срока. Экспертиза проводится с обязательным участием акушера-гинеколога. В таких случаях требуется установить факт прерывания беременности, факт причиненной травмы, наличие прямой причинной связи между травмой и прерыванием беременности, отсутствие индивидуальных особенностей организма, способных самостоятельно привести к прерыванию беременности.

Признаком причиненного тяжкого вреда является расстройство здоровья со **стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть**. К стойкой относят либо необратимую утрату функции, либо длительное посттравматическое расстройство здоровья свыше 120 дней.

Закон относит к тяжелой степени причиненного вреда полную утрату **профессиональной трудоспособности** (например, утрата одного пальца пианистом, повреждения лицевого нерва у артиста и т. п.).

3.2 Вред здоровью средней тяжести. Признаками средней тяжести вреда здоровью являются:

- длительное расстройство здоровья;
- значительная стойкая утрата трудоспособности менее чем на одну треть, но более 10%.

Длительность расстройства здоровья — это период времени от момента причинения вреда здоровью до полного восстановления нарушений анатомической целостности органов и тканей и их физиологических функций либо исчезновения симптомов и других проявлений заболеваний или патологических состояний, подтвержденного объективными исследованиями или консультациями врачей-специалистов.

Длительность расстройства здоровья обычно определяют по продолжительности временной нетрудоспособности и длительности лечения. Однако время пребывания в стационаре или продолжительность амбулаторного лечения могут не соответствовать сроку, действительно необходимому для полного выздоровления. Поэтому эксперт должен критически оценивать данные медицинских документов и устанавливать длительность нарушения структуры и функции организма на основании объективных критериев. Если расстройство здоровья в связи с полученной травмой продолжается более 21 сут, то причиненный вред оценивается как средней тяжести.

3.3 Легкий вред здоровью. Различают две разновидности легкого вреда здоровью:

- вызвавшее кратковременное расстройство здоровья не свыше 21 сут;
- вызвавшее незначительную стойкую утрату общей трудоспособности, равную 5%.

4. Судебно-медицинская экспертиза трудоспособности

Трудоспособность — это совокупность способностей человека к действиям, направленным на получение социально значимого результата в виде определенного продукта, изделия или услуги.

Под общей трудоспособностью понимают способность к самообслуживанию и неквалифицированному труду, т. е. к работе, не отличающейся сложностью выполнения, не требующей особых знаний, навыков, опыта и профессионального обучения. Под самообслуживанием понимают самостоятельное удовлетворение бытовых потребностей: приготовление и прием пищи, личная гигиена, одевание и т. п.

Профессиональная трудоспособность — способность к труду в определенной профессиональной сфере (рабочий-строитель, инженер, врач, музыкант и др.).

Специальная трудоспособность — способность к профессиональной деятельности по определенной специальности (рабочий-строитель-маляр, инженер-конструктор, врач-стоматолог, музыкант-скрипач и др.).

Экспертиза трудоспособности в судебной медицине имеет принципиальные отличия от экспертизы трудоспособности, проводимой медико-социальной экспертной комиссией (МСЭК).

1. Судебно-медицинская экспертиза трудоспособности назначается в случаях травматизма, не связанного с производством, в основном по гражданским делам, с целью материального возмещения причиненного ущерба здоровью. Кроме того, степень стойкой утраты трудоспособности является одним из критериев оценки причиненного вреда здоровью.

2. Судебно-медицинский эксперт анализирует только подлинные медицинские документы.

3. Судебно-медицинская служба устанавливает утрату трудоспособности в процентах по отношению к полной трудоспособности, принимаемой за 100%, тогда как главная задача МСЭК — установление утраты трудоспособности согласно группам инвалидности.

4. Судебно-медицинский эксперт устанавливает утрату трудоспособности, обусловленную только конкретной травмой. МСЭК, определяя утрату трудоспособности, исходит из всей совокупности заболеваний у потерпевшего, в том числе имевшихся и до травмы. Поэтому суды нередко ставят на разрешение судебно-медицинской экспертизы вопросы о соответствии установленной МСЭК группы инвалидности последствиям перенесенной травмы.

5. В задачи судебно-медицинского эксперта входит установление причинной связи между травмой и утратой трудоспособности.

Размер утраченной трудоспособности определяется по специальной таблице процентов утраты трудоспособности.

Особенности детского организма могут существенно ускорять процессы заживления повреждения; с другой стороны, повреждения могут нарушать правильное формирование травмированных костей и скелета в целом и др. Следовательно, сходные повреждения у взрослого человека и ребенка могут причинять различный по объему и характеру вред здоровью. А это значит, что оценка степени причиненного вреда у детей должна в каждом отдельном случае проводиться после тщательного изучения всех медицинских документов с обязательным участием педиатра.

В случаях причинения вреда здоровью инвалидам оценка повреждения инвалидной части тела или инвалидного органа, функция которых, а следовательно, и трудоспособность полностью или частично утрачены уже до причинения травмы, должны иметь свои особенности. При сходных по объему и характеру повреждениях размер утраты общей трудоспособности здоровой и инвалидной части тела или органа различаются. Разным является объем утраты трудоспособности при одномоментном повреждении руки у здорового человека и однорукого инвалида.

5. Судебно-медицинская экспертиза состояния здоровья

В судебно-медицинской практике состояние здоровья определяется по различным поводам.

1. При отказе явиться на судебное заседание по состоянию здоровья.
2. При осуждении к исправительно-трудовым работам.
3. При подозрении на искусственные и притворные болезни.

В практической экспертной работе различают следующие виды обмана в отношении состояния собственного здоровья:

1. Симуляция (притворные болезни) - притворство, ложное изображение несуществующей болезни или отдельных ее симптомов с целью сознательного введения в заблуждение врача и получения различных выгод по работе или службе.

2. Диссимуляция - сокрытие действительно существующей болезни.

3. Агравация - преувеличение жалоб на действительно существующее заболевание, при этом объективные и субъективные симптомы существуют, или приуменьшение или отвержение положительного результата лечения.

4. Дезагравация - уменьшение жалоб на действительно существующее заболевание.

5. Искусственное поддержание и ухудшение течения болезненного процесса. Производится:

а) механическим раздражением раны.

б) химическими веществами.

6. Искусственные болезни – искусственное развитие патологического процесса, вызванное воздействием ряда внешних факторов. Вызываются химическими, термическими, бактериологическими средствами и голоданием.

7. Членовредительство - механическое нанесение повреждений огнестрельным оружием, острыми и тупыми предметами.

Агравация.

1. Преувеличение симптомов существующего заболевания.

2. Приуменьшение или опровержение результатов лечения или улучшения течения заболевания.

Симуляция.

Истинная симуляция, воспроизводимая одним только притворством, в основном предъявлением субъективных жалоб, встречается довольно редко. Чаще встречается комбинация притворства и действий испытуемого, рассчитанных на искусственное воспроизведение объективных признаков симулируемого заболевания.

Для симуляции внутренних болезней чаще всего избираются:

1. Болезни, которые характеризуются главным образом субъективными симптомами;

2. Отдельные симптомы того или иного заболевания (рвота, кровохарканье);

3. Болезни хронические (дизентерия, туберкулез легких).

Симуляция симптомов функциональных расстройств сердечной деятельности достигается искусственным приемом незадолго перед врачебным осмотром различных возбуждающих средств (крепкий настой табака, чая, кофе, усиленное курение табака и чая, лекарственные сердечные средства в повышенной дозе).

Симуляция гипертонической болезни достигается приемом эфедрина, который вызывает сужение сосудов, повышает тонус сердца, что ведет к повышению артериального кровяного давления. В настоящее время разработана методика определения эфедрина в моче.

Из заболеваний органов дыхания чаще симулируется туберкулез легких. Одним из способов симуляции этого заболевания является вдыхание сахарной пудры (на рентгенограмме - миллиарный туберкулез), предъявление жалоб на общую слабость, повышение температуры тела, кашель, кровохарканье.

Из желудочно-кишечных заболеваний симулируются дизентерия, гастриты, колиты приемом раздражающих слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта веществ (раствор мыла, табака и т.д.).

Искусственный понос вызывается приемом пургена. При прибавлении к стулу 20% раствора хлорной извести, появляется малиново-красное окрашивание. Прием слабительных солей устанавливается судебно-химическим исследованием кала.

Длительным ношением повязок вызывается тугоподвижность и вторичная контрактура сустава, которые испытуемый связывает с последствиями ранений и заболеваний опорно-двигательного аппарата. Одним из приемов установления симуляции тугоподвижности сустава является неожиданное

преодоление напряжения мышц, внимательное наблюдение за действиями испытуемого.

Симуляция недержания мочи и симптомов некоторых урологических заболеваний. Гематурия симулируется подмешиванием к моче собственной крови. Экспертиза ночного недержания мочи весьма трудна. Объективных доказательств в настоящее время не имеется.

Искусственные болезни.

Искусственные болезни кожи и подкожной клетчатки вызываются достаточно часто в виду легкости, простоты, безопасности и доступности средств и способов, приводящих к развитию этих болезней.

В судебно-медицинской практике встречаются искусственные флегмоны и абсцессы, язвы и некрозы, дерматиты, раздражение ран и рубцов, отеки и припухлости кожи, искусственные опухоли, подкожная эмфизема, ожоги и отморожения.

Гнойные процессы в коже и подкожной клетчатке причиняются химическими, физическими средствами и инфекционными агентами. Способы введения этих средств весьма различны.

Искусственные абсцессы и флегмоны локализуются на верхних и нижних конечностях вдали от суставов, появление их быстрое, они устойчивы к применяемым методам лечения.

Искусственные язвы и некрозы чаще всего вызываются кислотами и щелочами, имеют овальную или круглую форму (“штампованные”), иногда с потеками.

Ожог кожи можно вызвать некоторыми ядовитыми растениями (лютик, табак и др.), раскаленными металлическими предметами.

Искусственные некрозы кожи и клетчатки могут быть вызваны введением под кожу семян клещевины.

Искусственные дерматиты вызываются трением или расчесыванием кожи, карболовыми или керосиновыми компрессами, втиранием в кожу гноя, сока чеснока, дурмана и т.д.

Искусственные отеки обычно локализуются на тыльной поверхности кистей и стоп, на нижней части голеней и голеностопных суставов, вызываются перетяжкой или несильным поколачиванием по коже.

Искусственные опухоли вызываются введением под кожу индифферентных и трудно рассасывающихся веществ (вазелиновое и растительное масло, расплавленный парафин). Эти опухоли называются олеомами или парафиномами.

Распознавание их основано на неправдоподобном объяснении причин возникновения опухоли, на атипическом течении процесса, характерной локализации, в ряде случаев на результатах биопсии и гистологического исследования.

Умышленному отморожению обычно подвергают отдельные пальцы стоп, выставляя их на холод, погружая в снег, прикладывая лед с солью, мороженую рыбу.

Искусственные ожоги носят строго изолированный характер и располагаются обычно на кистях, предплечьях, стопах, голенях.

Искусственные глазные болезни (блефариты, конъюнктивиты, кератиты, катаракты) вызываются механическими или химическими способами.

Искусственные болезни органов слуха чаще всего вызываются механическими или химическими способами.

Искусственные болезни органов слуха чаще всего вызываются введением раздражающих веществ в ушной канал, прокалыванием барабанной перепонки.

Искусственные грыжи вызываются введением в паховый канал пальца с последующим растяжением канала, после чего симулянт поднимает тяжести, тужится, кашляет. Диагностика основана на признаках травматизации тканей (кровоподтеки, ссадины и т.п.).

Искусственное выпадение прямой кишки вызывается введением в нее инородных предметов и последующим быстрым их вытягиванием. Диагностика основана на обнаружении кровоизлияний, ссадин.

Членовредительство.

Для членовредительства применяют различные виды огнестрельного и холодного оружия.

Умышленные самоповреждения обычно имеют определенную локализацию, направление раны и раневого канала, что обусловлено легкостью и доступностью выполнения ранения и тенденцией членовредителей не причинять себе тяжелых или опасных для жизни повреждений.

Большое значение при экспертизе самоповреждений имеет показ или воспроизведение обстановки ранения. Для членовредительства при помощи острых предметов характерны повреждения двух - трех пальцев левой руки (для левшей - правой). Объектом для экспертизы служат отрубленные концы пальцев, орудия, рукавицы, обувь, предметы, на которых были отрублены пальцы. На отрубленных пальцах, рукавицах, обуви иногда можно найти надрубы, возникающие при примеривании.

Самоповреждения путем нанесения себе ударов тупыми предметами, подкладыванием пальцев кисти или стопы под тяжелые предметы и колеса движущего транспорта встречаются редко.

Список литературы:

1) Постановление Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 г. N 522 г. Москва "Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека";

2) Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. N 194н "Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека";

3) Судебно-медицинская экспертиза живых лиц: учебно-методическое пособие. / сост. В.И. Витер, А.Ю. Вавилов. - Ижевск, 2008. - 76 с;

4) Судебно-медицинская экспертиза живых лиц : лекция // Судебная медицина: Курс лекций / В.Б. Кан, И.Е. Беликов. – Екатеринбург: Изд-во Уральского юридического института МВД России, 2002.

**ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" МЗ РФ**

Рецензия на реферат «Определение степени тяжести вреда, причиненного
здоровью человека» ординатора Кафедры судебной медицины и
патологической анатомии им. проф. П.Г. Подзолкова с курсом ПО Червоной
Н. Ю.

Руководитель: д.м.н., профессор Чикун В.И.

Работа, представленная на рецензию, посвящена распространённой теме –
««Определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека»».

В реферате предоставлена информация, позволяющая ознакомиться с
методами определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью
человека. Используемые данные являются актуальными и используются в
судебно-медицинской практике.

Реферат состоит из введения, 5-ти глав основной части и списка литературы.
Была обозначена актуальность, цель и выводы. Реферат представлен на 18
страницах машинописного текста и литературы состоящей из 4 источников.

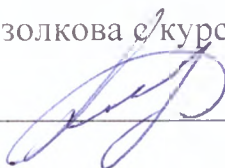
В основной части работы автор последовательно и доходчиво излагает
теоретический материал. Разобраны критерии вреда причинённого здоровью
всех степеней тяжести.

Оценивая представленную работу, можно отметить тот факт, что автор
стремился максимально подробно разобраться и изложить изучаемый
теоретический материал и предоставил наиболее важную информацию.

Оценка реферата – отлично (5)

Рецензент, ассистент кафедры судебной медицины и патологической
анатомии им. проф. П.Г. Подзолкова с курсом ПО

подпись



/Федин И.В.

ФИО