

ИНДИКАТОРЫ РИСКА НАЗНАЧЕНИЯ ПОВТОРНЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПРИ ТРАВМАХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**ЛЯДОВА М.В.,**

д.м.н., доцент, профессор кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, mariadoc1@mail.ru

**ТУЧИК Е.С.,**

д.м.н., профессор, главный внештатный специалист-эксперт по судебно-медицинской экспертизе Росздравнадзора, заведующий организационно-методическим отделом ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России, профессор кафедры судебной медицины ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, glavsudmed@mail.ru

Работа посвящена изучению причин назначения повторных судебно-медицинских экспертиз определения степени тяжести вреда потерпевшему с травмами опорно-двигательного аппарата. Результаты анализа 120 повторных комплексных судебно-медицинских экспертиз свидетельствуют, что основными причинами их назначения являются игнорирование участия врачей-травматологов-ортопедов, не состоящих в штате экспертного учреждения, и несоблюдение клинических рекомендаций, предусматривающих порядок обследования потерпевших с травмами опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: комиссия судебно-медицинская экспертиза, критерии вреда здоровью, стойкая утрата общей трудоспособности, обследование пострадавшего, антропометрические характеристики.

INDICATORS OF THE RISK OF ORDERING FORENSIC MEDICAL REEXAMINATIONS IN CASE OF INJURIES OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM

Lyadova M., Tuchik E.

The article is dedicated to the reasons of ordering forensic medical reexaminations to establish severity of harm caused to the patients with injuries of the musculoskeletal system. Results of analysis of 120 interdisciplinary forensic medical reexaminations show that the main reasons for their ordering are non-participation of non-staff traumatologists-orthopedists and non-observance of clinical recommendations concerning the procedure of examination of the persons with injuries of the musculoskeletal system.

Key words: interdisciplinary forensic medical examination, criteria of harm for health, stable loss of general work capacity, examination of injured person, anthropometric characteristics.

Введение

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» вред, причиненный здоровью человека, определяется в зависимости от степени его тяжести (тяжкий вред, средней тяжести вред и легкий вред) на основании квалифицирующих признаков [1] и в соответствии с медицинскими критериями, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» [2].

Одним из квалифицирующих признаков тяжести вреда здоровью является стойкая утрата общей трудоспособности (*значительная не менее чем на одну треть, значительная менее чем на одну треть, незначительная стойкая утрата*), которая определяется в процентах от характера и степени выраженности стойких расстройств функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, по соответствующим пунктам Таблицы в приложении к названному приказу [2].

Экспертная практика и публикации свидетельствуют, что преобладают судебно-медицинские экспертизы определения степени тяжести вреда здоровью у потерпевших лиц с травматическими повреждениями опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Не вызывает затруднений определение степени тяжести вреда здоровью неопасных для жизни повреждений конечности по признаку стойкой утраты общей трудоспособности (СУОТ) в случаях частичной утраты анатомической части тела. Однако поводом для проведения повторных экспертиз в отношении потерпевших с неопасными для жизни повреждениями ОДА для установления квалифицирующего признака является несогласие пострадавших с определением степени тяжести вреда здоровью при оценке характера и степени выраженности стойких функциональных нарушений последствий травмы.

Согласно данным формы отраслевой статистической отчетности № 42 «Отчет врача–судебно-медицинского эксперта бюро судебно-медицинской экспертизы», утвержденной приказом Минздрава России от 22.10.2001 № 385 «Об утверждении отраслевой статистической отчетности» [3], за последние три года годовой показатель повторных экспертиз, связанных с разрешением данного вопроса, в среднем составлял 12,1%. В каждом втором случае (5,9%) размер стойкой утраты трудоспособности был изменен, что влияло на определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

Цель исследования

Установить причины назначения повторных комплексных судебно-медицинских экспертиз в отношении пострадавших с неопасными для жизни травмами ОДА.

Материалы и методы

Проведен контент-анализ 120 повторных комплексных судебно-медицинских экспертиз по определению степени тяжести вреда, причиненного здоровью потерпевшим с травмами ОДА, для оценки полноты их обследования при выполнении первичных экспертиз и определения основных антропометрических характеристик, позволяющих объективно установить функциональное состояние анатомо-функциональных зон ОДА как показателя квалифицирующего признака тяжести вреда, причиненного здоровью человеку.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов исследуемого материала показал, что при обследовании живых лиц с травмами конечностей в 14,2% случа-

ев выводы судебно-медицинских экспертов о степени тяжести вреда здоровью носили предварительный характер, поскольку ограничили лишь данными медицинских документов без учета исхода течения травматического процесса, в то время как, судя по записям в медицинских картах, прогноз лечения был сомнительным.

В 65,1% наблюдений участвовавшие в качестве экспертов врачи–травматологи-ортопеды при судебно-медицинском обследовании не отражали жалобы пострадавших на состояние здоровья, динамику течения травматической болезни, не проводили замеры обеих конечностей для оценки их сравнительных показателей, что не позволяло объективно судить о степени посттравматических функциональных нарушений поврежденной конечности. По мнению авторов, это связано с игнорированием унифицированного подхода обследования потерпевшего с последствиями травмы ОДА, предусматривающего применение традиционных клинических и инструментальных диагностических методов объективизации и визуализации, рекомендуемых в клинической и судебно-экспертной практике [4].

Необходимо отметить, что данный подход обследования потерпевших актуализирован применением с 1 января 2025 г. предложенных Минздравом России клинических рекомендаций, которые не относятся к нормативным актам, но являются документом, имеющим практическую направленность и содержащим основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам диагностики, лечения и реабилитации больных и пострадавших [5].

В частности, для объективной оценки функционального состояния ОДА врач-травматолог, привлеченный в качестве эксперта, обязан в каждом конкретном случае использовать классические антропометрические методы исследования [6]:

- измерить рост и массу тела подэкспертного;
- провести оценку походки, осанки, видимых перекосов туловища;
- измерить для сравнения общую длину поврежденной и здоровой конечностей и каждого из нее сегментов, их объем в верхней, средней и нижней третях;
- определить наличие пассивных и активных движений конечности и по показаниям измерить объем в суставах с помощью ортопедического угломера с соблюдением условий, принятых в клинической практике: верхней конечности – сидя, нижней – лежа на кушетке.

При повреждении кисти проводят исследование хватов, при повреждении стопы – исследование деформаций и укорочений; определяют значение индекса Фридлянда (высота свода $\times$ 100/длину стопы). Высота свода измеряется циркулем от пола до центра ладьевидной кости. Длина стопы измеряется метрической лентой. В норме индекс Фридлянда равен 30–28, при плоскостопии – 27–25. Оценка оттиска стоп на плантографе [7] является обязательной.

По последствиям травм ОДА в необходимых случаях следует выполнить дополнительные исследования для оценки состояния позвоночника в положении пациента стоя:

а) по тесту Шобера – от проекции остистого отростка V-го поясничного позвонка нужно отмерить 10 см вверх и сделать пометку; при максимальном наклоне туловища вперед у здорового человека это расстояние увеличивается на 4–6 см, а при заболеваниях позвоночника оно может не меняться;

б) по пробе Отта – для определения наличия (или отсутствия) ограничения подвижности позвоночника от проекции остистого отростка VII-го шейного позвонка нужно отмерить 30 см вниз и сделать отметку, затем исследуемый должен максимально согнуть спину вперед; у здорового человека это расстояние увеличивается до 34–38 см, а при функциональных нарушениях позвоночника, связанных с его травмой, или нижних конечностей оно либо ограничено, либо не меняется [8].

Однако в большинстве заключений экспертиз не сообщается о проведении подобных исследований.

Заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов исходя из общепринятых научных и практических данных [9]. В этом случае для проведения объективного осмотра ОДА, наряду с учетом стандарта оснащения для учреждений судебно-медицинской экспертизы, следует использовать плантограф и фотоаппарат для регистрации последствий травмы конечности.

Клинический пример № 1

Гражданину Б., 58 лет, газнокосилкой была причинена обширная рана в области левой стопы с повреждениями сухожилий разгибателей пальцев, с фрагментарными переломами 1-й и 2-й плюсневых костей. Через 120 дней после травмы при судебно-медицинском обследовании потерпевшего были зафиксированы: сросшиеся со смещением переломы диафизов 1-й и 2-й плюсневых костей, молоткообразная деформация 2-го и 3-го пальцев правой стопы, укорочение левой стопы с увеличением свода стопы. Это дало основание для определения по п. 129в Таблицы 25%-й стойкой утраты общей трудоспособности. При повторном проведении экспертизы дополнительно проведена плантография. Результаты измерений приведены в таблице ниже.

По результатам комплексного обследования при проведении повторной экспертизы были установлены последствия травмы в виде нарушения функций двух пальцев правой стопы (молоткообразная деформация 2-го и 3-го пальцев правой стопы). В соответствии с п. 136а Таблицы размер стойкой утраты общей трудоспособности составил 5%.

Необходимо помнить, что для утяжеления последствий травмы ОДА потерпевшие нередко прибегают к симулированию жалоб и ограничению обследований, в связи с чем использование клинических и инструментальных методов исследования с визуализацией приобретает важное значение. В качестве примера можно привести следующий случай.

Клинический пример № 2

Гражданка Е., 34 лет, получила бытовую травму кисти. При освидетельствовании она сообщила об отсутствии в течение длительного времени движений кисти в связи с развитием атрофии из-за нарушения чувствительности. Первичная экспертиза, проведя неполное обследование, расценила последствия травмы кисти как резко выраженное нарушение ее функции. При обследовании Е. при повторной экспертизе атрофию в области тенора и гипотенора кисти не выявили, но измерить и определить объем пассивных и активных дви-

Антропометрические показатели конечности пациента Б.

	Антропометрические данные	Правая нижняя конечность	Левая нижняя конечность
1.	Окружность голени в нижней трети, см	23,5	23
2.	Окружность голени в области голеностопного сустава, см	28,5	27,5
3.	Длина стопы, см	26	23,7
4.	Объем движений в голеностопном суставе, градусы	Сгибание – 135° Разгибание – 70°	Сгибание – 120° Разгибание – 85°

жений в лучезапястном суставе и в пальцах кисти не представилось возможным, так как подэкспертная утверждала, что все движения вызывали резкую боль. В связи с этим была проведена обзорная фотовизуализация обеих кистей с тыльной и ладонной поверхностями, а также при взятии предметов различного объема кистью для оценки ее хвата. В итоге при составлении фототаблиц было однозначно зафиксировано отсутствие атрофии в области тенора и гипотенора, что свидетельствовало о ненарушенных хватах кисти.

О неправильном подходе к определению размера СУОТ последствий травм конечностей в результате ран, ожогов, отморожений можно судить по следующему примеру.

Клинический случай № 3

Гражданин К., 23 лет, в результате наезда снегоуборочной машины получил обширное повреждение правой голени в виде размятия мягких тканей с участками скелетирования. Признаки опасного для жизни состояния отсутствовали. В связи с причиненными повреждениями пострадавший К. длительно находился на стационарном лечении, в ходе которого была проведена пластика скелетирования голени кожными лоскутами, взятыми с области бедер. Первоначально комиссия экспертов лишь с учетом площади рубцовых изменений по п. 62д Таблицы определила 25%-ю СУОТ и, проигнорировав примечания этого пункта, не учла площадь рубцов, образовавшихся на бедрах после взятия кожных ауто-трансплантатов.

При проведении повторной судебно-медицинской экспертизы (уже в федеральном учреждении СМЭ) потерпевший К. предъявлял жалобы на выраженные боли в области правой голени, на отсутствие подвижности в голеностопном суставе, на онемение передне-наружной поверхности голени, голеностопного сустава, стопы, на ощущение постоянного холода в правой нижней конечности. К. постоянно пользовался ортопедическими стельками, жёстким подстопником, тростью, компрессионным бельем с утеплением, ходил с заметной хромотой. Одевался и раздевался в обычном темпе. У него имелась выраженная рубцовая деформация всей правой голени: келоидный рубец по передней поверхности правой голени (38×9,5 см) от коленного сустава до стопы был грубо спаян с подлежащими тканями; на задней поверхности – аналогичный рубец с такими же размерами; голеностопный сустав – в функционально невыгодном положении, движения которого полностью отсутствовали. Имелись признаки глубокой нейропатии по ходу малоберцового нерва. При

снятии жесткого подстопника возникала «петушиная» походка. На передней поверхности правого бедра – рубцовые изменения в пределах поверхностного слоя кожи в виде белесоватых полосок размерами 19×6 см, 16×14 см и 17×8 см (места взятия ауто-трансплантатов). Аналогичные участки имелись в области левого бедра размерами 25×6 см в количестве 4 шт. и на голени (28×7 см) в количестве 3 шт. В правой подколенной области слева – неправильной (звездчатой) формы грубый келоидный рубец 14×10 см.

Были проведены также антропометрические измерения окружности бедер и голеней на уровне верхней, средней и нижней третей, а также объема движений в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах. Результаты исследований свидетельствовали о наличии слабо выраженной гипотрофии мышц правого бедра и значительно выраженной – голени. В правом голеностопном суставе движения отсутствовали и имелись рентгенологические признаки анкилоза в функционально-невыгодном положении (при сгибании более чем на 105°) при сохраненных полных объемах движений в тазобедренных и коленных суставах.

На основании этих данных комиссия экспертов в соответствии с п. 1246 Таблицы определила 40%-ю СУОТ, руководствуясь примечаниями п. 62 Таблицы, в которых не предусмотрен учет площади рубцов в месте взятия кожных лоскутов для ауто-трансплантатов.

Заключение

Проведенное исследование свидетельствует, что основные причины назначения повторных экспертиз в отношении потерпевших с неопасными для жизни повреждениями ОДА или с невызывающими угроз жизни состояниями – это:

- неучастие врача-травматолога-ортопеда в качестве эксперта при проведении экспертиз;
- несоблюдение порядка проведения обследования потерпевших, предусмотренного соответствующими клиническими рекомендациями, с целью правильного определения размера стойкой утраты общей трудоспособности как квалифицирующего признака степени вреда, причинённого здоровью человека.

Литература

