

На правах рукописи

ХАБОВА

Зульфия Сапаровна

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА
ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ИЗОЛИРОВАННЫХ
ТРАВМАХ ГОЛЕНСТОПНОГО СУСТАВА**

14.03.05 – судебная медицина

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва - 2013

Работа выполнена в ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук ФЕТИСОВ Вадим Анатольевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор ЕРОФЕЕВ Сергей Владимирович, зав. кафедрой судебной медицины, правоведения и биоэтики ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

доктор медицинских наук, профессор САРКИСЯН Баграт Амаякович, зав. кафедрой судебной медицины факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России

Ведущая организация: ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» Минобороны России

Защита состоится « 29 » августа 2013 года в 11-00 часов на заседании диссертационного совета Д 208.070.01 при федеральном государственном бюджетном учреждении «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Российской Федерации (125284, Москва, ул. Поликарпова, д.12/13).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке федерального государственного бюджетного учреждения «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Российской Федерации (125284, Москва, ул. Поликарпова, д.12/13).

Автореферат разослан « 21 » мая 2013 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат медицинских наук, доцент

О.А.Панфиленко

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Объективное установление тяжести вреда, причинённого здоровью пострадавшим с телесными повреждениями, традиционно является одной из основных задач судебно-медицинской науки и экспертной практики. Обоснование экспертных выводов о противоправном причинении вреда здоровью имеет приоритетное значение не только для правоохранительных органов, связанных с раскрытием преступлений, направленных против жизни и здоровья граждан, но и для российского судопроизводства, поскольку в основу приговора суда ложится решение о виновности или невиновности подсудимого, основанное, в том числе, и на экспертной оценке вреда здоровью.

Многочисленные публикации в специальной судебно-медицинской литературе, а также в средствах массовой информации свидетельствуют о том, что проблема правильной экспертной оценки тяжести причинённого вреда здоровью остаётся ещё не до конца решённой (Капустин А.В., 1991; Соседко Ю.И., 1993; Вермель И.Г. и др. 1994; Мельников Ю.Л., Ольховик В.П., 1995; Бедрин Л.М., 1996; Виноградов О.М., Гречихин Е.И., Шульгин С.Г., 1998; Пашимян Г.А., Ромодановский П.О., Беляева Е.В., Баринов Е.Х., Алексанова М.Н., Геворкян А.А., 2000; Зороастров О.М., 2000, Попов В.Л., 2005; Пиголкин Ю.И., Золотенкова Г.В., Романенко Г.Х., 2010; Клевно В.А., 2008, 2012;).

Именно этому разделу судебно-медицинских экспертиз (исследований) присуще наибольшее число спорных и, в некоторых случаях, не до конца разрешённых вопросов, а также недостаточно чётко сформулированных понятий, в том числе имеющих основополагающее значение для экспертной практики (Варшавец Н.П., Породенко В.А., Шилоносков О.Б., 2007; Тучик Е.С., 2009; Буромский И.В., Кильдюшов Е.М., Башкирева Е.А., 2010; Мечукаев А.М., 2010; Ковалёв А.В., Козлова Т.П., 2011, 2012). Перечисленные трудности полностью относятся и к травмам опорно-двигательного аппарата (ОДА), в частности к повреждениям голеностопного сустава (ГСС), которые, занимая по частоте одно из 1-х мест среди травм опорно-двигательного аппарата (ОДА), составляют от 6% до 12% всех переломов скелета и от 30% до 45% среди переломов костей голени (Миронов С.П., Черкес-Заде Д.Д., 1999; Витько Н.К. и др., 2000; Оганесян О.В., Коршунов А.В., 2002), при этом разрывы связок имеют место в 42% повреждений ГСС (Распопова Е.А., Ударцев Е.Ю., 2002).

Нижняя конечность является самым активным органом костно-мышечной системы, позволяющим человеку осуществлять функции опоры и движения. Поэтому даже незначительные её травмы и заболевания существенно снижают качество жизни человека. Патология ОДА занимает одно из первых мест среди болезней и травм пациентов с временной и стойкой утратой трудоспособности. Проблема реабилитации и адаптации инвалидов с поражением ОДА в современном обществе остаётся сложной и наиболее острой (Пузин С.Н., Лысенко А.Е., Линник В.В., 2001).

Разработанная в последние годы зарубежными и отечественными специалистами в области травматологии и ортопедии сложная компьютерная техника и современные аппаратно-технические средства диагностики позволяют не только верифицировать клинический диагноз у пострадавших с травмами и заболеваниями ГСС, но и выявлять комплексные нарушения статической и динамических функций всего ОДА (Маттис Э.Р., 1985; Миронов С.П. и др., 2003). Полученные данные в виде клинико-функциональных критериев (стандартизованных оценок исходов) используются травматологами и экспертами МСЭ для решения вопросов относительно эффективности проведённого лечения, клинического прогноза и медико-социальной реабилитации пострадавших (Пирожкова Т.А., 2007). При этом судебно-медицинские эксперты в своей практике при решении вопроса о тяжести причинённого вреда здоровью при травмах ОДА, в т.ч. и в результате сложных повреждениях ГСС, вынуждены использовать рутинную методику прошлого века – гониометрию (раздельное определение углов тыльного разгибания и подошвенного сгибания стопы), имеющую целый ряд методических сложностей и противоречий. Кроме того, экспертная оценка объёма травмы ГСС и причинённого вреда здоровью нередко проводится судебными медиками единолично, без участия клинических специалистов и учёта результатов современных инструментальных (аппаратно-технических) методов обследования пострадавших, что не только снижает объективность экспертных выводов, но и ведёт к экспертным ошибкам, в том числе и при определении степени тяжести вреда здоровью.

По данным В.А.Клевно (2012), ошибки судебно-медицинских экспертов, связанные с неправильным применением медицинских критериев (МК) в отношении ГСС (п. 6.11.9 МК; пп. 123 – 125 приложения к МК), встречаются в 8 раз чаще экспертных ошибок, квалифицирующих травмы костей предплечья.

В числе основных причин, объективно обуславливающих данные затруднения, называют: несовершенство ведомственного нормативного регулирования вопросов определения тяжести вреда здоровью, недостаточные знания и умения экспертов правильно выбирать и применять необходимые пункты МК, а также сложности рентгенодиагностики травм ГСС. Всё это в своей совокупности вызывает разное восприятие экспертами повреждений анатомических структур сустава (разрывов дистального межберцового синдесмоза, переломов дистального эпифиза большеберцовой кости, подвывихов и вывихов стопы и др.).

Всё вышеизложенное определило содержание работы, позволило сформулировать цель и задачи исследования.

Цель исследования: разработка научно-обоснованных рекомендаций, направленных на повышение доказательности медицинских критериев и совершенствование экспертной оценки тяжести вреда, причинённого здоровью пострадавших с изолированными травмами ГСС.

Для решения поставленной цели, были определены следующие **задачи исследования**:

1. Изучить возможности современных клинико-инструментальных методов обследования пострадавших с изолированными травмами ГСС для использования их в решении вопросов судебно-медицинской оценки тяжести вреда здоровью.

2. Провести анализ СМЭ (СМИ) ряда ГСЭУ Российской Федерации в случаях определения тяжести вреда здоровью лицам с изолированными травмами ГСС за 2006 – 2012 годы для оценки обоснованности экспертных выводов и качества проводимых экспертиз (исследований).

3. Выявить характерные экспертные ошибки и причины, обуславливающие неправильную судебно-медицинскую оценку изолированных травм ГСС.

4. Исследовать возможность использования суммарного значения модифицированной балльной шкалы стандартизованных оценок исходов (СОИ) в качестве уточняющего критерия стойкой утраты общей трудоспособности (СУОТ).

5. На основе комплексного анализа полученных результатов исследования разработать научно-обоснованные рекомендации по совершенствованию организации производства СМЭ (СМИ) пострадавших с изолированными травмами ГСС.

Научная новизна исследования заключается в том, что в нём впервые в судебно-медицинской практике дана комплексная сравнительная характеристика значимости диагностических критериев модифицированной балльной шкалы СОИ, используемых в своей работе специалистами в области травматологии и МСЭ.

С учётом результатов исследования изолированных травм ГСС, в работе впервые показаны экспертные ошибки, допускаемые при производстве СМЭ (СМИ), их причины и значимость для правильной оценки тяжести причинённого вреда здоровью.

Проведённое исследование способствовало установлению ряда новых факторов, расширяющих современное представление об особенностях течения травматического процесса в случаях изолированных травм ГСС.

Принципиально новым является разработка на основе анализа исследований и обобщения полученных результатов алгоритма производства СМЭ живых лиц с травмами ГСС с использованием диагностических критериев модифицированной балльной шкалы СОИ при судебно-медицинской оценке тяжести вреда здоровью.

Практическая значимость работы

Предложен и модифицирован клинико-инструментальный метод СОИ, позволяющий объективно проводить судебно-медицинскую оценку тяжести вреда, причинённого здоровью пострадавших с изолированными травмами ГСС.

Разработанные рекомендации по улучшению судебно-медицинской диагностики травм ГСС и, соответственно, экспертной оценки тяжести причинённого вреда здоровью, с учётом их отдалённых последствий, универсальны и могут использоваться в работе всех ГСЭУ Российской Федерации независимо от их ведомственной принадлежности.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Гониометрия, как метод определения угловых движений в ГСС, имеет методические недостатки, которые препятствуют правильному проведению диагностики МК (контрактур, анкилозов), в случаях травм ГСС.

2. При изолированных травмах ГСС целесообразно использовать в качестве комплексного критерия СУОТ (как квалифицирующего признака ВЗ), значение суммы баллов медицинских критериев СОИ.

3. Разработанный комплекс мероприятий, повышающий качество производства СМЭ (СМИ) в случаях изолированных травм ГСС, является универсальным и может использоваться в любом региональном ГСЭУ Российской Федерации.

Личное участие автора

Суммарное доленое участие автора на всех этапах работы составило 90%. Автором диссертации самостоятельно проведён поиск, сбор и анализ архивных экспертных материалов (250 Заключений СМЭ (СМИ) ряда ГСЭУ РФ и 360 Актов освидетельствования БМСЭ г. Москвы за 2006 – 2012 гг.). Статистическая обработка результатов исследования поведена под руководством ведущего научного сотрудника ФГБУ «РЦСМЭ» Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.т.н., доцента О.В. Самоходской.

Соответствие работы паспорту научной специальности

Цель, задачи, научные положения и результаты выполненного исследования, направлены на совершенствование судебно-медицинской экспертизы живых лиц, а также экспертиз по материалам следственных и судебных дел с целью решения вопросов, интересующих правоохранительные органы, в т.ч. о причинённом вреде здоровью пострадавшим с травмами голеностопного сустава. Диссертационная работа соответствует 12-му пункту паспорта специальности 14.03.05 – «Судебная медицина».

Апробация работы

Результаты исследования доложены и обсуждены на заседаниях учёного совета ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России (Москва, 2011-2013); на межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы судебной медицины и медицинского права» (Суздаль, 2012); на научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы судебно-медицинской экспертизы» (Москва, 2012); на научно-практической конференции «Актуальные вопросы судебной медицины и патологической анатомии» (Хабаровск, 2012); на межрегиональной конферен-

ции судебно-медицинских экспертов Южного и Северо-Кавказского федеральных округов «Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы» (Кисловодск, 2012); на VI Всероссийской научно-практической конференции молодых учёных (Нальчик, 2012); на 7-й научно-практической конференции молодых учёных и специалистов с международным участием «Проблемы надлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы)» (Москва, 2012).

Внедрение результатов исследования

Результаты работы апробированы на практике в работе экспертных подразделений: ГБУЗ города Москвы «Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения города Москвы», ФГКУ «111 Главного государственного центра судебно-медицинских и криминалистических экспертиз» Минобороны России, а также внедрены в учебный процесс: кафедры судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова» Минздрава России; кафедры судебной медицины ГБОУ ВПО «Казанского государственного медицинского университета» Минздрава России, кафедры судебной медицины и правоведения ГОУ ВПО «Ивановской государственной медицинской академии» Минздрава России.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 16 научных работ, из них 5 в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки Российской Федерации.

Объём и структура работы

Диссертация написана на русском языке, изложена в 1 томе на 269 страницах компьютерной печати, иллюстрирована 60 таблицами и 43 рисунками. Состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Указатель литературы включает 202 названия, из них 181 отечественных и 21 зарубежных авторов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено в период с 2011 по 2013 гг. Для достижения поставленной цели и решения сформулированных задач использовался комплексный подход с разработкой плана исследования. На основе теоретического обзора современных публикаций по изучаемой теме и основываясь на системном подходе, который предусматривает использование комплекса разноплановых методик, была разработана поэтапная *программа исследования*, направленная на совершенствование экспертной оценки тяжести вреда здоровью, в случаях причинения пострадавшим изолированных травм ГСС.

Общий алгоритм диссертационной работы включал в себя следующие *три этапа* программы исследования:

1. Изучение состояния вопроса (с исторических и методических позиций).

2. Ретроспективный анализ данных по травмам ОДА, включая изолированные травмы ГСС, с выявлением структуры и тенденции развития данного сегмента повреждений.

3. Разработка комплекса организационных мероприятий, направленных на совершенствование экспертной оценки тяжести вреда здоровью в случаях причинения пострадавшим травм ГСС.

Первый этап (2011 – 2012 гг.) заключался в обобщении сведений из литературных источников по теме исследования, включал анализ информации содержащей исторические, научно-методические и организационные аспекты установления тяжести вреда, причинённого здоровью пострадавших с различными травмами ОДА, включая повреждения ГСС. На данном этапе исследовались архивные материалы ряда ГСЭУ РФ: ГУЗ БСМЭ ДЗ города Москвы (2007 - 2011 гг.), ФГБУ «РЦСМЭ» Министерства здравоохранения РФ (2008 – 2012 гг.), ГУЗ БСМЭ Кабардино-Балкарской Республики (2006-2012 гг.), а также Акты МСЭ в отношении пострадавших с травмами и патологией ГСС из ФГУ «ФБМСЭ» ФМБА России (2004 – 2012 гг.).

Результатом данного этапа стало формирование и адаптация понятийного аппарата, выявление и критический анализ существующих классификаций травм ГСС, изложенных в МКБ-10; Международной Ассоциации остеосинтеза АО/ASIF (АО), Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ, 2001), экспертных и клинических подходов в оценке тяжести данного сегмента повреждений ОДА, принятых у травматологов ФГУ «ЦИТО» им. Н.Н.Приорова Минздравсоцразвития РФ, судебно-медицинских экспертов, а также у специалистов МСЭ.

На этом этапе были разработаны макеты аналитических таблиц в пакете программ Microsoft Office (Excel 2007) по выбранным признакам, закодированным в числовом (балльном) формате и подлежащим дальнейшему статистическому анализу, что составило основу будущей электронной базы данных (Microsoft Office – Access 2007).

Для реализации первого этапа исследования были использованы следующие методы: исторический, описания, контентного анализа и группировки данных между собой.

Исторический метод использовался при изучении методологических подходов в системе организации СМЭ (с начала XX века) и соответствующей экспертной оценке тяжести телесных повреждений (вреда здоровью), содержащихся в соответствующих ведомственных и нормативных документах. Его применение позволило отразить исторический взгляд на избранную тематику как на динамически развивающуюся систему, выявить теоретическую и практическую основу дальнейшего её развития и совершенствования.

Описание применяли с целью фиксации исходных данных об объекте наблюдения посредством составления рабочих записей, таблиц, графиков и диаграмм.

Контентный анализ был использован для выделения содержащихся в источниках информации (СМЭ, Актах СМИ) наиболее значимых в аспекте проводимого исследования сведений (описание повреждений и достаточности обоснования экспертных выводов о вреде здоровью в случаях травм ГСС), собственно и ставших предметом дальнейшего их углублённого изучения.

Метод группировки позволил всю исследуемую совокупность данных разделить на группы по отдельно выбранному признаку и обеспечить обобщение данных в более упорядоченном виде.

Вторым этапом проведённого исследования (2012 г.), явился ретроспективный анализ данных первичных 119 (47,6%) СМЭ (СМИ), дополнительных 89 (35,6%) и повторных 42 (16,8%) СМЭ, выполненных в региональных и центральных ГСЭУ РФ за семилетний период (2006 – 2012 гг.). Основу данного этапа исследования составило выявление методических противоречий в экспертной оценке тяжести вреда здоровью данного сегмента повреждений ОДА и установление в экспертных документах судебно-медицинских ошибок, в том числе и методического характера. Параллельно с изучением архивных данных ГСЭУ РФ проводилось контрольное исследование 360 (каждого в динамике за 2-3 летний период) Актов освидетельствования БМСЭ г. Москвы и подлинных медицинских документов в отношении пострадавших лиц и инвалидов, имевших в анамнезе травмы или патологию ГСС в период с 2004 по 2012 гг. На этом этапе работы особое внимание обращалось на исследование результатов стандартной гониометрии при различных исходах травм ГСС и дегенеративно-дистрофических поражениях сустава. Одновременно с этим исследовались вопросы модификации измерительной балльной шкалы СОИ ЦИТО им. Н.Н. Приорова под судебно-медицинские задачи. Указанная методика позволяет клиническим специалистам объективно оценить состояние пациентов с данным сегментом поражений ОДА, а также качество лечения и реабилитации на протяжении всего диагностического периода до наступления исхода травмы.

На втором этапе исследования были использованы: *сравнительный метод, методы группировки полученных признаков и ранжирования* их между собой (по 5-ти бальной шкале) с целью выявления рейтинга каждого из них. Указанные методы позволили сравнить исследуемые признаки между собой внутри групп.

Сравнительный метод был применён для сопоставления существующего способа оценки вреда здоровью в случаях травм ГСС и перспективы использования нового подхода к организации процесса судебно-медицинской оценки вреда здоровью данного сегмента повреждений.

Третий этап (2012 – 2013 гг.) включал проведение практических, в том числе и повторных комиссионных СМЭ, с личным участием автора в 13 экспертизах (2012 – 2013 гг.).

На этом этапе исследования использованы статистический метод и обобщение.

Статистические методы включали дискриптивный (описательный) и корреляционный анализ данных. Первоначально полученные результаты исследовали с применением методов описательной статистики (частотный анализ данных). В связи с тем, что большая часть исследуемых в работе признаков относится к порядковой шкале, для установления статистической зависимости между переменными использовали корреляционный анализ с расчётом ранговой корреляции Спирмена.

С помощью корреляционного анализа определяли зависимость между парами признаков СОИ, а также между результативным признаком (сумма баллов шкалы СОИ) и первичными признаками. Полученный результат позволил оценить достоверность и выраженность зависимости между критерием «гониометрии» и признаками модифицированной шкалы СОИ. Кроме того, установлено наличие высокой взаимосвязи между несколькими признаком СОИ и интегральным показателем тяжести травмы (суммарным баллом шкалы СОИ) на всех этапах исследования (по окончании ГЭ, через 12, 24 и 36 мес после травмы ГСС).

Метод обобщения дал возможность найти для всей выявленной группы признаков новое судебно-медицинское значение, отражающее общность их свойств на уровне нового знания о них.

Анализ полученной информации на заключительном этапе работы позволил критически оценить качество выполненных СМЭ (СМИ), а также сформулировать выводы по результатам проведённого исследования и предложить рекомендации по её практическому использованию.

В качестве *единицы наблюдения* в работе использовали каждый случай экспертного исследования травмы ГСС (Акт СМИ, Заключение СМЭ), всего 250 случаев (табл. 1).

Таблица 1

Распределение 250 наблюдений травм ГСС в зависимости от тяжести вреда здоровью (телесных повреждений) по группам (2006 – 2012 гг.)

| Категория ВЗ | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Итого |
|---|------|------|------|------|------|------|------|----------|
| 1-я группа - Тяжкий вред здоровью – 40 наблюдений (тяжкое телесное повреждение) | | | | | | | | |
| Анкилоз ГСС в функц. не выгодном положении (<i>под тупым углом; 35-40% ЗСУОТ</i>) | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Болтающийся ГСС (<i>35% ЗСУОТ</i>) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| Категория ВЗ | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Итого |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| п. 6.11.9 МК | 0 | 0 | 0 | 7 | 11 | 10 | 9 | 37 |
| п. 6.11.11 МК | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| 2-я группа - Средней тяжести вред здоровью 104 наблюдения (менее тяжкое телесное повреждение) | | | | | | | | |
| Анкилоз ГСС в функционально выгодном положении (<i>под тупым углом; 25-30% ЗСУОТ</i>) | 1 | 2 | 6 | 3 | 1 | 0 | 3 | 16 |
| Контрактура сильной (резко выраженной) степени (<i>20-25% ЗСУОТ</i>) | 3 | 2 | 2 | 5 | 0 | 1 | 2 | 15 |
| Контрактура средней (значительной) степени (<i>15-20% ЗСУОТ</i>) | 6 | 2 | 5 | 2 | 0 | 1 | 1 | 17 |
| Контрактура лёгкой (умеренной) степени (<i>10-15% ЗСУОТ</i>) | 2 | 1 | 2 | 5 | 1 | 0 | 1 | 12 |
| Длительное расстройство здоровья (<i>свыше 21 дня</i>). | 10 | 7 | 11 | 6 | 3 | 4 | 3 | 44 |
| 3-я группа - Лёгкий вред здоровью (лёгкое телесное повреждение) | | | | | | | | |
| Кратковременное расстройство здоровья (<i>менее 21 дня</i>). | 10 | 7 | 11 | 13 | 10 | 16 | 18 | 85 |
| Травмы ГСС без устан. ВЗ | 2 | 4 | 2 | 3 | 5 | 2 | 3 | 21 |
| Всего | 35 | 25 | 39 | 44 | 32 | 35 | 40 | 250 |

Объектом настоящего исследования явились методические аспекты установления вреда здоровью у пострадавших в случаях причинения им по-

вреждений ГСС.

Предметом исследования стало научно-методическое обоснование тяжести причинённого вреда здоровью пострадавшим с травмами данного сегмента ОДА.

В исследуемую группу пострадавших (250 чел.) с изолированными травмами ГСС вошли представители обоего пола в возрасте 8-74 лет. Большую часть пострадавших составили *мужчины* – 146 человек (58,4%). Исследованная группа пострадавших *женщин* составила 104 человека (41,6%).

Наблюдаемые случаи травм области ГСС и стопы в соответствии с клиническими диагнозами (по МКБ-10) представлены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение 250 наблюдений травм ГСС и стопы в зависимости от установленных клинических диагнозов (по МКБ – 10)

| Диагнозы повреждений ГСС и стопы | Количество | |
|--|------------|-------------|
| | абс. | % |
| Травмы колена и голени (S80 - S89) – всего 53 наблюдения | | |
| S82 Перелом костей голени, включая ГСС: | 51 | 20,4 |
| <i>S82.5 Перелом медиальной лодыжки</i> | 9 | 3,6 |
| <i>S82.6 Перелом латеральной лодыжки</i> | 11 | 4,4 |
| <i>S82.8 Переломы других отделов голени (двухлодыжечный, трёхлодыжечный)</i> | 31 | 12,4 |
| S86 Травма мышцы и сухожилия на уровне голени | 2 | 0,8 |
| <i>S86.0 Травма пяточного (Ахиллова) сухожилия</i> | 1 | 0,4 |
| <i>S86.8 Разрыв связок дистального межберцового синдесмоза</i> | 1 | 0,4 |
| Травмы области ГСС и стопы (S90 - S99) – всего 197 наблюдений | | |
| S90 Поверхностная травма лодыжки и стопы | 69 | 27,6 |
| <i>S90.0 Ушиб ГСС</i> | 36 | 14,4 |
| <i>S90.3 Ушиб другой и неуточнённой части стопы</i> | 3 | 1,2 |
| <i>S90.7 Множественные поверхностные травмы ГС и стопы</i> | 16 | 6,4 |
| <i>S90.8 Другие поверхностные травмы ГС и стопы</i> | 9 | 3,6 |

| Диагнозы повреждений ГСС и стопы | Количество | |
|---|------------|--------------|
| | абс. | % |
| <i>S90.9 Поверхностная травма ГС и стопы неуточнённая</i> | 5 | 2,0 |
| S91 Открытая рана области ГСС и стопы | 5 | 2,0 |
| <i>S91.0 Открытая рана области ГСС</i> | 3 | 1,2 |
| <i>S91.7 Множественные открытые раны ГСС и стопы</i> | 2 | 0,8 |
| S93 Вывихи, растяжения и повреждение КСА ГСС и стопы | 103 | 41,2 |
| <i>S93.0 Вывих ГСС (нижнего конца МБК, нижнего конца ББК)</i> | 14 | 5,6 |
| <i>S93.2 Разрыв связок на уровне ГСС и стопы</i> | 31 | 12,4 |
| <i>S93.4 Растяжение и повреждение связок ГСС</i> | 58 | 23,2 |
| S99 Другие и неуточнённые травмы ГСС и стопы | 20 | 8,0 |
| <i>S99.8 Другая травма ГСС и стопы</i> | 11 | 4,4 |
| <i>S99.9 Травма ГСС и стопы неуточнённая</i> | 9 | 3,6 |
| Всего | 250 | 100,0 |

Ключевую роль в диагностике объёма травм ГСС играют клинико-инструментальные методы обследования пострадавших. При этом методы обследования пострадавших с травмами ГСС в различных по уровню оказанной медицинской помощи ЛПУ, помимо традиционного опроса и осмотра, включали целый спектр измерительных и инструментальных исследований:

- *общие клинические методы обследования*: опрос пострадавших и осмотр ГСС и стопы; пальпация и перкуссия ГСС, антропометрическое измерение стопы и ГСС, определение силы мышц голени, рентгенография ГСС (прямая, боковая, передне-задняя проекции), КТ и МРТ ГСС и стопы, артроскопия ГСС, ультразвуковое исследование ГСС;

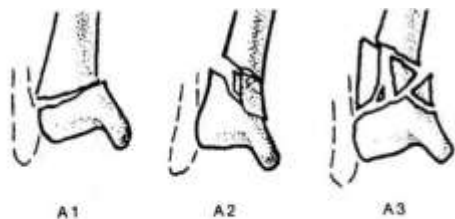
- *биомеханические исследования*: подометрия, гониометрия, электромиография, динамометрия (реакция опоры);

- *исследование ходьбы*:

- а) *временные характеристики цикла шага*: время двойного шага (с), время фазы опоры на пятку (с), время фазы опоры на всю стопу (с), время фазы опоры на носок (с), время фазы переноса (с), время фазы двойной опоры (с);

б) биомеханические критерии ходьбы: коэффициент ритмичности (%), длина двойного шага (м), средняя скорость (м/с; км/ч), темп (шаг/мин), нагрузка на больную ногу стоя (%), нагрузка на ногу при ходьбе (%), разброс нагрузки при ходьбе (%), максимальная дистанция (км).

Кроме классификации повреждений ГСС по МКБ-10, ряд медицинских документов на пострадавших с травмами данного сегмента ОДА содержал диагнозы, основанные на классификации АО (рис. 1), ориентированные, главным образом, на определение показаний и методики оперативного лечения переломов ГСС, которые учитывались при производстве СМЭ.

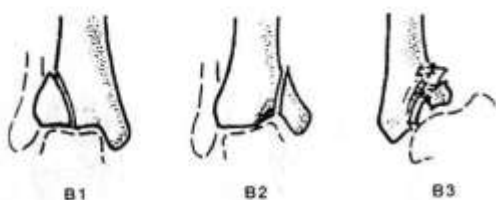


Тип А. Внесуставной перелом ББК

A1 – « – метафизарный простой

A2 – « – метафизарный клиновидный

A3 – « – метафизарный комплекс

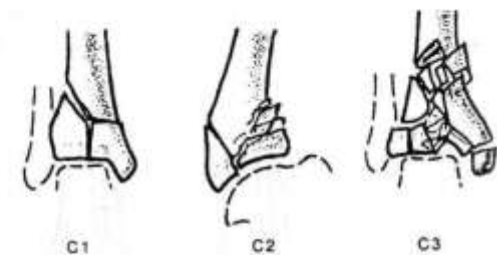


Тип В. Неполный внутрисуставной перелом ББК

B1 Неполный внутрисуставной перелом

B2 – « – раскалывание-вдавление

B3 – « – оскольчатый со вдавлением

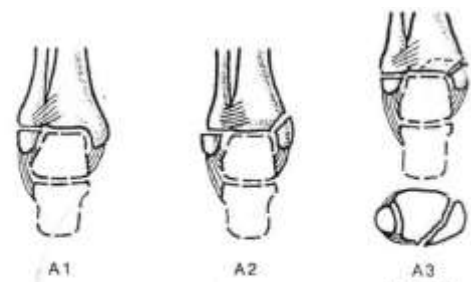


Тип С. Полный внутрисуставной перелом ББК

C1 – « – метафизарный простой

C2 – « – внутрисуставной простой, метафизарный оскольчатый

C3 – « – оскольчатый

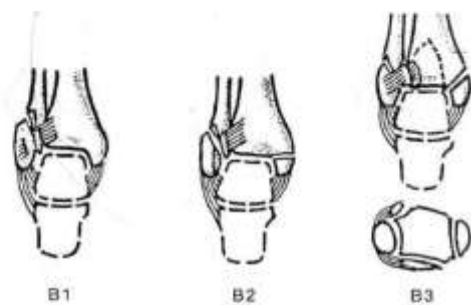


Тип А. «Подсиндесмозное» повреждение МБК:

A1 – « – изолированное

A2 – « – с переломом МЛ

A3 – « – с дорзомедиальным переломом

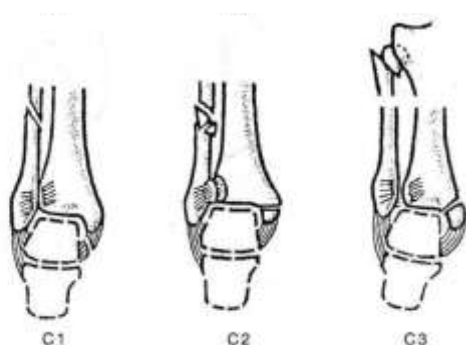


Тип В. «Чрезсиндесмозный» перелом МБК:

B1 – « – изолированный:

B2 – « – с медиальным повреждением:

B3 – « – с медиальным повреждением и треугольником Фолькмана (Volkman)



Тип С. «Надсиндесмозное» повреждение МБК:

C1 – « – диафизарный перелом МБК, простой

C2 – « – диафизарный перелом МБК, оскольчатый

C3 – « – проксимальное повреждение МБК

Рис. 1. Схематическое изображение повреждений ГСС (по классификации АО; ББК – большеберцовая кость; МБК – малоберцовая кость).

При анализе архивного экспертного материала большое внимание уделяли качеству судебно-медицинской документации: правильности, объективности и тщательности её оформления, описанию обстоятельств получения травмы ГСС, полноте изложения данных медицинских документов, результатам объективного исследования, дополнительным инструментальным методам исследования. Кроме того, в случаях назначения *дополнительных или повторных СМЭ* (табл. 3) анализировали объективность, полноту и всесторонность выполненного первичного исследования, с указанием о проведении *очного осмотра* пострадавших и без такового, а также обоснованность экспертных выводов в отношении характера повреждений ГСС и степени тяжести вреда здоровью.

Таблица 3

Распределение 250 СМЭ (СМИ) по видам и в зависимости от установленной категории вреда здоровья (тяжести телесных повреждений)

| Установленный ВЗ | Вид СМЭ (СМИ)* | | | Итого |
|---------------------------------------|---------------------|--------------------|---------------|-----------------|
| | Первичные СМЭ (СМИ) | Дополнительные СМЭ | Повторные СМЭ | |
| Тяжкий вред здоровью | 0 | 2 (2) | 38 (7) | 40 (9) |
| Вред здоровью средней степени тяжести | 27 (19) | 73 (25) | 4 (1) | 104 (45) |
| Лёгкий вред здоровью | 73 (11) | 12 (1) | 0 | 85 (12) |
| Без вреда здоровью | 19 (5) | 2 (0) | 0 | 21 (5) |
| Всего | 119 (35) | 89 (28) | 42 (8) | 250 (61) |

* в скобках – количество проведённых *очных обследований (осмотров)*

Показатели модифицированной балльной шкалы СОИ включали следующие 20 критериев, имеющих собственные характеристики, соответствующие определённым (от 1 до 5) балльным значениям:

1. Боль (X_1);
2. Консолидация костных отломков (X_2);
3. Соотношение костных отломков (X_3);
4. Анатомическое укорочение голени (X_4);
5. Пороки костной мозоли и мягкотканых рубцов в области ГСС (X_5);
6. Функциональная установка сустава (X_6);
7. Объём движений в суставе (X_7);
8. Трофика мягких тканей (X_8);
9. Сосудистые нарушения (X_9);
10. Неврологические нарушения (X_{10});
11. Целость мягких тканей (X_{11});
12. Инфекционные гнойно-септические последствия (X_{12});
13. Послеоперационные рубцовые изменения (X_{13});
14. Необходимость дальнейшего лечения (X_{14});
15. Функциональная пригодность сустава (X_{15});
16. Количество шагов на 100 метров (X_{16});
17. Длительность двойного шага (X_{17});
18. Темп ходьбы (X_{18});
19. Скорость передвижения (X_{19});
20. Коэффициент ритмичности ходьбы (X_{20}).

Интегральным показателем тяжести состояния пострадавшего и, соответственно причинённой травмы ГСС, является суммарный балл шкалы СОИ, который определяли на основных этапах обследования пациентов в БМСЭ (по окончании ГЭ, через 12, 24 и 36 мес после травмы ГСС). По сумме балльных значений всех выше перечисленных критериев ($X_1 - X_{20}$), характеризующих анатомические особенности структурных элементов сустава, его сосудистые, трофические и неврологические расстройства, а также двигательные и функциональные возможности ГСС, определяли тяжесть данного сегмента ОДА на конкретный момент исследования. Полученные данные позволили данный признак (диапазон балльных значений – от 20 до 100 баллов) считать в качестве уточняющего критерия СУОТ и, соответственно, степеней вреда здоровья.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

В ходе проведённых исследований 40 случаев СМЭ (СМИ) изолированных травм ГСС с первично установленным *тяжким вредом здоровью* (тяжкими телесными повреждениями) установлено, что:

Всем пострадавшим без исключения с тяжёлыми изолированными травмами ГСС *всегда оказывалась медицинская помощь* соответствующего

вида и объёма в зависимости от сложности клинического случая и региональных возможностей ЛПУ.

В 27 (67,5%) случаях изолированные травмы ГСС (пункт 6.11.9 МК), изначально признанные судебно-медицинскими экспертами как *тяжёлый вред здоровью*, в дальнейшем (при проведении повторных СМЭ) *не нашли* своего объективного *подтверждения* в силу несоответствия объёма причинённой травмы изложенным критериям (6 позиций). Большинство тяжёлых травм ГСС в своём исходе *не заканчивались костными анкилозами* и даже выраженные формы деформирующего артроза (ДА) сустава квалифицировались по объёму движений, т.е. по углам подошвенного сгибания и тыльного разгибания.

Традиционная *гониометрия*, как один из существующих методов определения величины СУОТ, не может выступать в качестве основного критерия оценки вреда здоровью при травмах ГСС, поскольку коэффициент корреляции данного критерия, по сравнению с другими 19-ю признаками, *не является лидирующим* в группе СОИ (рис. 2).

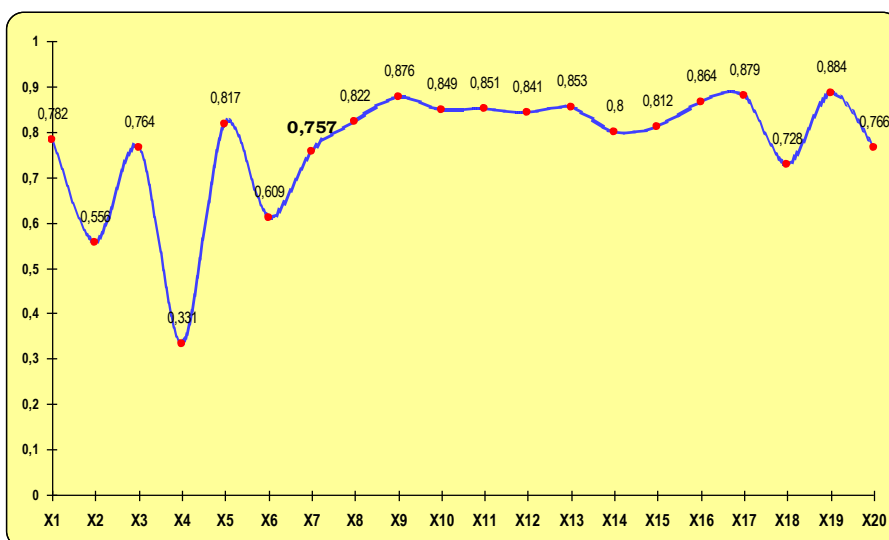


Рис. 2. Соотношения значений коэффициентов корреляции (r) исследуемых критериев ($X_1 - X_{20}$) с суммарным значением баллов модифицированной шкалы СОИ (Summa balls). Значение $r = 0,757$ соответствует критерию – объём движений в ГСС (X_7).

Сопоставление правил определения углов тыльного разгибания и подошвенного сгибания в ГСС между судебно-медицинскими ведомственными документами и аналогичными клиническими методиками, показало *существенные различия их между собой* (рис. 3).

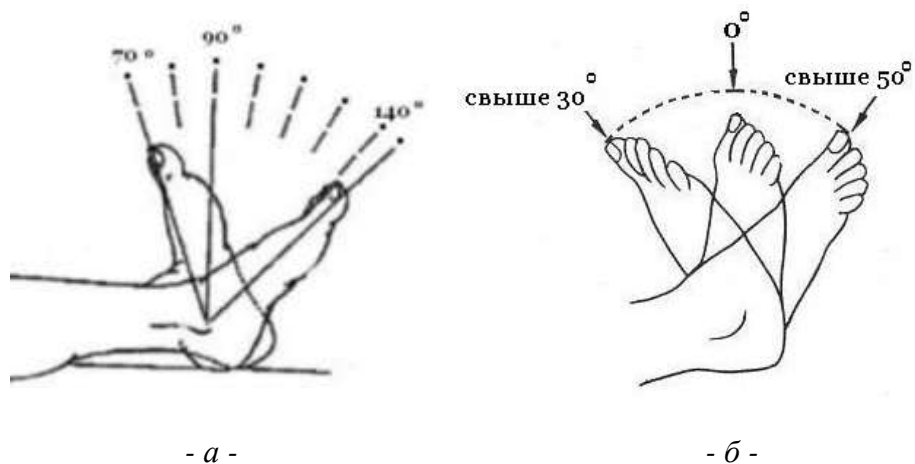


Рис. 3. Схематическое изображение различий в методике определения углов тыльного сгибания и подошвенного разгибания в судебно-медицинской практике (а), и клинической (травматологической и медико-социальной) практике (б).

Кроме того, принятая в судебной медицине методика отдельной оценки двух показателей (углов подошвенного сгибания и тыльного разгибания стопы) содержит в себе *методические недостатки*, не позволяющие судебно-медицинским экспертам во многих случаях объективно и достоверно устанавливать вред здоровья у пострадавших с изолированными травмами ГСС.

Усовершенствованный вариант гониометрии (рис. 4) предусматривает не отдельное измерение 2 показателей (углов подошвенного сгибания и тыльного разгибания стопы), а определение *одного признака* – объёма движения в ГСС (в градусах) относительно нормальных значений (свыше 60°). При этом умеренно выраженное ограничение движений (контрактура) ГСС составляет 35 – 60°; значительно выраженная контрактура ГСС – 10 – 34°; резко выраженная контрактура – менее 10°; функционально выгодный анкилоз (отсутствие движений) в ГСС под углом 90° (для мужчин) и до 100° (для женщин).

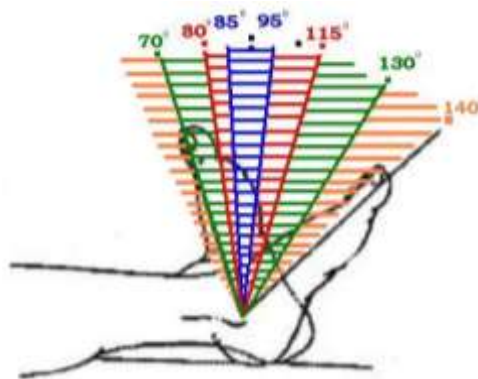


Рис. 4. Схематическое изображение вариантов объёма движения в ГСС: в норме (оранжевый сектор с углом меньше 70° и свыше 130°); умеренно выраженной контрактуры (зелёный сектор с углом между 70° и 130°); значи-

тельно выраженной контрактуры (красный сектор с углом между 80° и 115°); *резко выраженной контрактуры* (синий сектор с углом между 85° и 95°).

Современное развитие медицины, принципиально новые методы лечения и диагностики, а также отечественный и зарубежный опыт ведения травматологических больных со сложными случаями травм ГСС, застарелыми переломами-вывихами сустава, осложнёнными формами ДА, рекомендуют таким пациентам всегда проводить *артродез*, т.е. хирургическую операцию создания искусственного анкилоза в суставе в функционально выгодном положении конечности для конкретного пациента. Одновременно с этим, в ряде случаев для женщин, использующих ношение обуви с каблуком, врачи-травматологи *специально устанавливают им анкилоз под тупым углом, равным 100°* , который отличается от формально принятого угла 90° , как «функционально выгодного» положения, что не может соответствовать критериям тяжкого вреда здоровью (пункту 124-б Таблиц к МК).

Квалифицирующий признак тяжкого вреда здоровью – значительная СУОТ (ЗСУОТ) не менее чем на одну треть, устанавливался судебными медиками в 40 (100,0%) случаях, как правило, *до наступления реального исхода* травм ГСС, с *ошибками* и необоснованными выводами в 27 (67,5%) случаях, нередко без привлечения к работе клинических специалистов (травматологов, рентгенологов и др.).

Таким образом, к экспертным ошибкам в случаях изолированных травм ГСС, относятся:

а) организационные ошибки – отказ от участия в производстве СМЭ (СМИ) клинических специалистов (рентгенологов, травматологов, экспертов МСЭ и др.);

б) логические ошибки в виде ошибочного суждения: «все без исключения повреждения ГСС, перечисленные в пунктах 6.11.9 и 6.11.11 МК, относятся к тяжкому вреду здоровья по признаку ЗСУОТ не менее чем на одну треть (свыше 30%)»;

в) технические ошибки, осуществляемые в процессе экспертной деятельности – неправильное измерение углов тыльного разгибания и подошвенного сгибания стопы при гониометрии;

г) фактические ошибки: неправильная экспертная трактовка данных клинической гониометрии; величина процента ЗСУОТ при резко выраженных контрактурах ГСС всегда меньше величины ЗСУОТ при костных анкилозах в функционально выгодном положении.

Основными *причинами экспертных ошибок* при определении тяжкого вреда здоровью были:

а) отсутствие рентгенограмм (либо их низкое качество или неправильная установка (ракурса съёмки) стопы и ГСС), плохое и малоинформативное описание рентгенограмм врачом рентгенологом, отказ от направления паци-

ента на повторное рентгенологическое обследование в случаях плохого качества снимков;

б) незнание экспертами методики применения МК, методическое несовершенство ряда пунктов МК и таблицы процентов СУОТ;

в) некритичное экспертное отношение и чрезмерное доверие окончательному клиническому диагнозу;

г) неправильная экспертная трактовка имеющейся объективной симптоматики, а также данных инструментальных (рентгенологических) исследований;

д) отсутствие достаточности сведений в представленных материалах дела и медицинских документах, необходимых для определения тяжести ВЗ.

Окончательное экспертное решение вопроса о реально причинённом вреде здоровью наиболее оптимально принимать *не ранее 12 мес* (оптимально через 24 мес).

В качестве контрольного (дополнительного) критерия СУОТ применительно к оценке сложных случаев изолированных травм ГСС, основанных на пограничных показателях гониометрии, целесообразно использовать *модифицированную балльную шкалу СОИ*, при которой тяжкому вреду здоровья по признаку ЗСУОТ более чем на одну треть будут соответствовать суммарные значения СОИ, в диапазоне от 20 до 50 баллов. Указанная шкала применима к области ГСС и основана на *объективной балльной оценке* целого ряда анатомических, сосудистых, трофических, неврологических и функциональных показателей.

Показатели *среднего значения суммы баллов* модифицированной шкалы СОИ отражают наличие зависимости указанного критерия от *возраста* пострадавших. На всех этапах исследования – по окончании госпитального этапа (ГЭ), через 12, 24 и 36 мес, с *увеличением* возраста пострадавших значение суммы баллов закономерно *увеличивалось*. Данный вывод свидетельствует о том, что в самой методологии СОИ изначально содержатся принципы МКФ (2001), позволяющие рассматривать проблему оценки исхода травмы со всех сторон (комплексный анатомо-функциональный принцип оценки). Указанная сторона выполненной работы позволяет по-новому взглянуть на проблему судебно-медицинской оценки вреда здоровью у живых лиц *независимо от их возраста*.

Суммарные значения баллов среди случаев костных *анкилозов* выявили их заметное преобладание (на 12 и более баллов), по сравнению с группой *резко выраженных контрактур*, что обусловлено минимизацией *болевого синдрома* за счёт артрореза ГСС. При этом частичная компенсация объёма движений в ГСС при анкилозах происходит за счёт других сочленений стопы, что в целом *не приводит* к значительному нарушению двигательной функции нижней конечности.

Таким образом, ЗСУОТ при *резко выраженных контрактурах* (25%), существенно отличается от указанной величины и в ряде случаев превышает значение ЗСУОТ у анкилозов в функционально выгодном положении (30%).

В случаях травм ГСС решение вопросов о причинённом вреде здоровью наиболее оптимально проводить составом экспертных комиссий, в которые необходимо включать *специалистов МСЭ* с обязательным исследованием *биомеханики ходьбы* пострадавших с определением: количества шагов на 100 метров, длительности двойного шага, темпа ходьбы, скорости передвижения и коэффициента ритмичности ходьбы. Указанные критерии ходьбы могут быть использованы в качестве объективных квалифицирующих признаков походки у пострадавших не только с травмами ГСС, но и всего ОДА.

Во всех случаях причинения травм ГСС пострадавшим в условиях ДТП для обоснованных ответов на запросы *страховых компаний* экспертная оценка тяжести причинённого вреда здоровью должна определяться с обязательным установлением у пострадавших *конкретной величины СУОТ*.

По результатам исследования в 104 случаях СМЭ (СМИ) изолированных травм ГСС с первично диагностированным *вредом здоровья средней степени тяжести* (менее тяжкими телесными повреждениями), установлено, что в 10-ти (9,6%) повторных СМЭ, травмы ГСС изначально признанные судебно-медицинскими экспертами *как тяжкий вред здоровью (по пункту 6.11.9 МК)*, в дальнейшем при проведении повторных СМЭ *не нашли* своего объективного *подтверждения* в силу несоответствия объёма причинённой травмы изложенным критериям.

При анализе данных *традиционной гониометрии* экспертные комиссии и судебно-медицинские эксперты, проводившие экспертизы единолично, определяя СУОТ, столкнулись с трудностями, обусловленными разными методическими подходами в клинической и экспертной практике установления величины *углов подошвенного сгибания и тыльного разгибания ГСС*. Кроме необходимости пересчёта и адаптации клинических величин к судебно-медицинским критериям оценки вреда здоровью в 34 (32,6%) случаях экспертам приходилось *выбирать и оценивать «недостающие» величины углов*, не указанные в ведомственных документах, но присутствующие в реальных экспертизах.

Квалифицирующий признак вреда здоровью средней степени тяжести – ЗСУОТ менее чем на одну треть устанавливался судебными медиками в 60 (100,0%) случаев переломов костей ГСС *до наступления реального исхода* травм ГСС.

В 10-ти случаях *первично* установленный тяжкий вред здоровью (по пункту 6.11.9 МК) при проведении в дальнейшем повторных СМЭ с привлечением к работе клинических специалистов (травматологов, рентгенологов) был *снят*, и установлен вред здоровью средней степени тяжести, т.к. величина ЗСУОТ *не превысила одной трети*.

В качестве контрольного (дополнительного) критерия СУОТ применительно к оценке случаев изолированных травм ГСС, основанных на пограничных показателях гониометрии, целесообразно использовать *модифицированную балльную шкалу СООИ*, при которой вреду здоровью средней степени

тяжести по признаку ЗСУОТ менее чем на одну треть, будут соответствовать суммарные значения СОИ в диапазоне от 51 до 80 баллов.

Анализ исследования 85 случаев СМЭ (СМИ) изолированных травм ГСС с первично диагностированным *лёгким вредом здоровья* (лёгкими телесными повреждениями), установил, что эксперты в большинстве случаев располагали достаточным объёмом клинического материала (медицинских карт, рентгенограмм и др.) для объективного решения судебно-медицинских вопросов.

Очные осмотры и обследования пострадавших врачами судебно-медицинскими экспертами проводились в 12 (14,2%) случаях при производстве дополнительных экспертиз.

В 59 (69,4%) случаях СМЭ (СМИ) проводилась при *единоличном* участии судебно-медицинских экспертов, в остальных же случаях экспертизы проводились *в комиссионном составе*: с участием разного количества врачей рентгенологов (в 8 случаях) и травматологов (в 12 случаях).

Квалифицирующим признаком лёгкого вреда здоровью во всей 3-й группе наблюдений было кратковременное расстройство здоровья, при этом все экспертизы и исследования проводились *после наступления реального исхода* травм ГСС.

В большинстве случаев – 77 (90,5%) наблюдений - проведённые СМЭ (СМИ) не превысили 2-х недельный срок их производства, а в 8 (9,5%) случаях их длительность составила от 15 до 30 дней.

Данные *гониометрии* использовались клиническими специалистами (хирургами и травматологами) в ходе проведения 12 (14,2%) дополнительных экспертиз, которые по окончании лечения соответствовали нормальным значениям.

В 21 случае травм ГСС, где судебно-медицинским экспертам и экспертным комиссиям *не удалось* установить тяжесть вреда здоровью, выявлено, что более чем в половине случаев (12, 57,1%) эксперты *не располагали* достаточным объёмом клинического материала (медицинских карт, рентгенограмм и др.) для объективного решения вопросов о сущности повреждений и о причинённой травмой вреде здоровью.

Имевшаяся в распоряжении экспертов медицинская документация в 9 (42,9%) случаях содержала *только предварительные диагнозы* (Шифр S99.9 – *Не уточнённая травма ГСС и стопы*; по МКБ-10), не подтверждённые назначенной клиницистами рентгенографией ГСС; во всех указанных случаях у пациентов *гониометрия* не исследовалась в силу доминирования у них жалоб на выраженный болевой синдром.

Очные осмотры и обследования пострадавших в ГСЭУ РФ провести не удалось во всей 4-й группе наблюдений, включая 4 случая назначенных дополнительных экспертиз.

В 16 (76,2%) случаях СМЭ (СМЭ) проводилась при *единоличном* участии судебно-медицинских экспертов, в остальных же 5 (23,8%) случаях экспертизы проводились *в комиссионном составе* с участием нескольких экспертов в 3 случаях и в 2 случаях с привлечением травматологов.

В 16 (76,2%) наблюдениях проведённые СМЭ (СМЭ) не превысили 2-х недельный срок их производства, а в 5 (23,8%) случаях их длительность составила от 15 до 30 дней.

Анализ причин, обуславливающих невозможность установления тяжести вреда здоровью в случаях травм ГСС, выявил наличие одновременно *нескольких причин (от 2-х до 4-х)* в каждом отдельном случае с доминированием среди них случаев *отсутствия необходимых медицинских документов* (заключений специалистов в области рентгенологии и др.) и результатов специальных инструментальных методов исследования.

ВЫВОДЫ

1. Использование современного компьютерного оборудования и новейших аппаратно-технических средств клиническими специалистами в области травматологии и ортопедии, лучевой диагностики, восстановительной и спортивной медицины, медико-социальной экспертизы и реабилитации выявило самые широкие возможности исследования целого ряда анатомических, функциональных и трофических изменений у пострадавших с травмами опорно-двигательного аппарата. Широкий спектр клинко-инструментальных методов обследования пострадавших дополняется многочисленными технологиями исследования биомеханики ходьбы, что создаёт благоприятные возможности использования их в решении вопросов судебно-медицинской оценки тяжести вреда здоровью, в случаях травм голеностопного сустава.

2. Результаты проведённого клинко-экспертного исследования пострадавших свидетельствуют о том, что в случаях множественных переломов костей голеностопного сустава с разрывом капсульно-связочного аппарата объективно судить о её характере и тяжести течения травмы можно не ранее чем через 12 месяцев после её получения.

В сложных случаях переломов костей голеностопного сустава судебно-медицинские экспертизы по определению тяжести причинённого вреда здоровью должна проводиться в комиссионном составе с участием специалистов в области травматологии и медико-социальной экспертизы, с обязательным осмотром пострадавшего и выполнением тестирования по разработанной нами схеме, а при необходимости – после обследования пострадавшего с применением современных инструментальных методов исследования в условиях специализированного стационара.

При не определенном исходе травмы голеностопного сустава или при наличии неблагоприятной динамики диагностических признаков течения травматического процесса судебно-медицинскому эксперту (экспертной ко-

миссии) следует отказаться от установления тяжести причинённого вреда здоровью с рекомендацией повторного осмотра пострадавшего не ранее, чем через 6 месяцев.

3. В случаях переломов костей голеностопного сустава с повреждением капсульно-связочного аппарата сустава выявлены многочисленные организационные, логические, технические и фактические экспертные ошибки, обуславливающие неправильную оценку тяжести вреда здоровью, что отрицательно сказывается на объективности экспертных выводов и их доказательности при расследовании преступлений против здоровья личности. В основе указанных ошибок лежат субъективные и объективные причины, среди которых доминируют недостаточность сведений медицинского характера, низкое качество медицинской документации, рентгенограмм, а также незнание экспертами методики применения МК и методическое несовершенство ряда пунктов МК и таблицы процентов СУОТ (приложения к МК).

4. Применительно к оценке сложных случаев изолированных травм голеностопного сустава, основанной на пограничных значениях традиционной гониометрии, для правильного определения СУОТ, как квалифицирующего признака вреда здоровью, причинённого травмой ГСС, целесообразно использовать в качестве уточняющего критерия величину суммы баллов модифицированной шкалы СОИ (при ЗСУОТ не менее $\frac{1}{3}$ эта сумма равна 20–50 баллам; при ЗСУОТ менее $\frac{1}{3}$, соответственно 51–80 баллам, при незначительной СУОТ имеет значения от 81 до 90 баллов).

5. Разработанные рекомендации по улучшению судебно-медицинской диагностики изолированных повреждений ГСС и экспертной оценки тяжести вреда здоровью, причинённого при этом виде травмы, могут быть рекомендованы в работе всех ГСЭУ Российской Федерации независимо от их ведомственной подчинённости.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При оценке тяжести вреда здоровью вследствие перенесённой изолированной травмы голеностопного сустава во всех случаях важно знать *механизм её возникновения*, что может быть достигнуто подробным изучением сведений из материалов дела (проверки) об условиях причинения травмы пострадавшему. Полученная информация позволит косвенно судить о *направлении* воздействия травмирующей силы и *месте* её приложения, а также установить возможные изменения в костных структурах и капсульно-связочного аппарата сустава.

2. *Подлинные медицинские документы* (после анализа их содержания) не должны вызывать сомнений о фактически наступившем исходе травмы голеностопного сустава. Сведения из медицинских карт стационарного больного, амбулаторных карт, историй болезни, заключений специалистов, выписных эпикризов и др. должны излагаться экспертом (организатором) ГСЭУ

с подробным описанием общей симптоматики и местного (*локального*) статуса. При этом *особое внимание* необходимо уделять *полноте описания* рентгенологических изменений повреждённого голеностопного сустава и, соответственно, количеству и качеству приложенных к материалам дела (проверки) рентгеновских снимков.

В случаях отсутствия рентгенограмм, либо их низком качестве или при неправильной установке (ракурса) съёмки сустава, а также при плохом и малоинформативном описании рентгенограмм специалистом рентгенологом, эксперт (организатор) ГСЭУ, в соответствии со ст. 57 УПК РФ, ходатайствует о предоставлении ему *дополнительных материалов* (рентгенограмм, КТ и др.) необходимых для ответов на поставленные вопросы. Одновременно с этим, по ходатайству эксперта (организатора), в соответствии с вопросами, поставленными перед экспертом (экспертной комиссией), руководителем ГСЭУ в соответствии со ст. 15 ФЗ №73¹, решается вопрос о *привлечении* к производству экспертизы (исследования) других экспертов (*специалистов*) в области рентгенологии, травматологии, медико-социальной экспертизы и др.

В таких случаях руководитель ГСЭУ ходатайствует перед судебными органами о вынесении в адрес ГСЭУ повторного постановления (определения) с указанием в нём *конкретных медицинских учреждений и должностей и фамилий специалистов клинического профиля*, планируемых к участию в производстве *комиссионной* судебно-медицинской экспертизы.

Таким образом, в случаях изолированных травм голеностопного сустава, особенно сопровождающихся переломами лодыжек и дистального эпифиза большеберцовой кости (пилона), производство экспертиз должно предусматривать обязательное участие в них клинических специалистов (врачей травматологов-ортопедов, рентгенологов, специалистов МСЭ и др.).

В исключительных случаях, связанных с утратой рентгенограмм, экспертной комиссией согласовывается вопрос о *повторном* рентгенологическом обследовании пострадавшего, а также о возможности проведения целого ряда лабораторных и *клинико-инструментальных методов обследования пациента*, непосредственно в ходе производства экспертизы, в т.ч. и в условиях специализированного стационара (НИИ, лаборатории, кафедры и др.).

3. С учётом того, что объективная симптоматика в отдалённом посттравматическом периоде может маскироваться другими состояниями, обусловленными *сопутствующей патологией*, экспертная комиссия должна обязательно учитывать результаты не только первичного осмотра, но и последующих наблюдений *в их динамике*. В обязательном порядке должны исследоваться и запрашиваться *амбулаторные карты* с целью изучения анамне-

¹ Федеральный Закон Российской Федерации от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»

стических сведений и оценки наличия и характера сопутствующей патологии и возможного влияния её на сущность и течение травматического процесса.

4. Для исключения возможных *экспертных ошибок*, окончательный клинический *диагноз*, указанный в медицинских документах, а также установленные *сроки* госпитализации и временной нетрудоспособности пострадавшего, должны подвергаться тщательному и *критическому анализу* на предмет их достоверности и обоснованности качественными результатами лучевой диагностики.

5. При наличии доказанного объективными методами выраженного *болевого синдрома* в области голеностопного сустава, не имеющего тенденции к регрессу, экспертная комиссия должна обосновать причину отказа от определения тяжести причинённого вреда здоровья и предложить *повторно осматривать* пострадавшего не ранее, чем через 6 месяцев.

6. *Очный осмотр* пострадавшего членами экспертной комиссии должен предусматривать обязательное исследование результатов *биомеханики ходьбы* (5 функциональных признаков), а также содержать оценку выраженности анатомических, сосудистых, трофических и неврологических *нарушений* (15 признаков, по модифицированной шкале СОИ). Для исключения ошибок и недостоверных результатов целесообразно использовать данные *усовершенствованной гониометрии* с определением только объёма (амплитуды) движения в голеностопного сустава (в сагиттальной плоскости). При этом *нормальный* объём движений в голеностопном суставе *превышает* 60°; *умеренно выраженная* контрактура: от 35 до 60°; *значительно выраженная* контрактура: от 10 до 34°; *резко выраженная контрактура* – менее 10°.

7. Применительно к оценке сложных случаев изолированных травм голеностопного сустава, основанных на пограничных значениях «традиционной» гониометрии, для правильного определения величины процентов СУОТ как квалифицирующего признака вреда здоровья целесообразно использовать в качестве уточняющего критерия значение *суммы баллов* модифицированной шкалы СОИ. При этом результаты клинико-инструментального обследования пострадавшего, соответствующие определённому (от 1 до 5) балльным значениям, вносятся в разработочную *таблицу* с указанием *даты* *проведённого исследования*.

8. В исключительных случаях судебно-медицинская экспертиза тяжести причинённого вреда здоровья пострадавшим с травмами голеностопного сустава может проводиться по медицинским документам *без осмотра пострадавшего только при условии* наличия достоверного и достаточного объёма содержащейся в них информации, когда имеются клинические признаки наступившего *исхода травмы*.

Таким образом, критериями экспертной оценки тяжести вреда здоровья, в случаях изолированных травм голеностопного сустава, являются:

а) для тяжкого вреда здоровья:

– значение суммы баллов модифицированной шкалы СОИ – от 20 до 50 баллов (наступивший исход должен быть подтверждён отсутствием отрицательной динамики интегральной балльной оценки на протяжении 6 месяцев после окончания стационарного лечения).

б) для вреда здоровья средней тяжести:

- п. 7.1. МК – длительное расстройство здоровья;
- п. 7.2 МК – ЗСОУТ от 10 до 30 процентов включительно (или значение суммы баллов модифицированной шкалы СОИ – от 51 до 80 баллов);
- п. 124 (а) Приложения к МК – анкилоз в функционально выгодном положении (для мужчин 90°, для женщин до 100°) – 30% ЗСУОТ;
- п. 125 (а) Приложения к МК – умеренно выраженная контрактура (объём движений в ГСС от 35 до 60°) – 15% ЗСУОТ;
- п. 125 (б) Приложения к МК – значительно выраженная контрактура (объём движений в ГСС от 10 до 34°) – 20% ЗСУОТ;
- п. 125 (в) Приложения к МК – резко выраженная контрактура (объём движений в ГСС менее 10°) – 25% ЗСУОТ;

в) для лёгкого вреда здоровья:

- п. 8.1. МК – кратковременное расстройство здоровья;
- п. 8.2 МК – незначительная СУОТ менее 10% (или значение суммы баллов модифицированной шкалы СОИ – от 81 до 90 баллов).

ОСНОВНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Хабова, З.С. О судебно-медицинской оценке тяжести вреда здоровью в случаях травм голеностопного сустава / З.С.Хабова, В.А.Фетисов // Суд-мед эксперт 2012; 4: 14-18. (из перечня ВАК) – 0,53 п.л. (лично автором – 0,31 п.л.).

2. Хабова, З.С. Возможности современных методов клинической диагностики в судебно-медицинской оценке нарушений функции голеностопного сустава при его повреждениях / З.С.Хабова, В.А.Фетисов // Суд-мед эксперт 2012; 5: 10-14. (из перечня ВАК) – 0,55 п.л. (лично автором – 0,28 п.л.).

3. Хабова, З.С. Перспективы использования параметров ходьбы пострадавших с травмами опорно-двигательного аппарата в экспертной практике / З.С.Хабова, В.А.Фетисов, О.А.Панфиленко, Ю.Д. Гурочкин // Суд-мед эксперт 2013; 1: 47-49. (из перечня ВАК) – 0,55 п.л. (лично автором – 0,17 п.л.).

4. Хабова, З.С. Диагностические методы обследования пострадавших с травмами голеностопного сустава (в клинической и экспертной практике) / З.С.Хабова, В.А.Фетисов, Т.А.Пирожкова // Медицинская экспертиза и право 2012 5: 10-14. (из перечня ВАК) – 0,62 п.л. (лично автором – 0,24 п.л.).

5. Хабова, З.С. Судебно-медицинские и медико-социальные аспекты оценки ограничения жизнедеятельности пострадавших с нарушениями органов опоры и движения / З.С.Хабова, В.А.Фетисов, О.А.Панфиленко // Меди-

цинская экспертиза и право 2012 6: 11-13. (из перечня ВАК) – 0,37 п.л. (лично автором – 0,12 п.л.).

6. Хабова, З.С. Использование клинико-функциональных методов обследования пострадавших с травмами голеностопного сустава в судебно-медицинской практике / З.С.Хабова // Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции молодых учёных, - Нальчик: Издательство «Принт-Центр», 2012, 102-104. – 0,39 п.л. (лично автором – 0,39 п.л.).

7. Хабова, З.С. К вопросу об ограничении жизнедеятельности пострадавших с травмами опорно-двигательного аппарата / З.С. Хабова, В.А. Фетисов // Сборник Актуальные проблемы судебно-медицинской экспертизы. Тезисы научно-практической конференции с международным участием (17-18 мая 2012 года, г.Москва). Под редакцией член-корр. РАМН, проф. Ю.И.Пиголкина, д.м.н. А.В.Ковалёва. – М., 2012, 333-336. – 0,25 п.л. (лично автором – 0,13 п.л.).

8. Хабова, З.С. Вопросы оценки исходов травм голеностопного сустава и их последствий / З.С.Хабова, В.А.Фетисов, С.А.Смиренин // Сборник Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Вып. 12. ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздравсоцразвития России, Хабаров. отд-ние Всерос. О-ва судеб. медиков, Краев. о-во патологоанатомов Хабаров. Края; под ред. А.И. Авдеева, А.Н.Евсеева, И.В.Власюка. – Хабаровск: Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2012. – 152-154. – 0,25 п.л. (лично автором – 0,09 п.л.).

9. Хабова, З.С. Экспертные возможности использования анатомо-функциональной оценки исходов травм голеностопного сустава и их последствий / З.С.Хабова // Сборник Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Вып. 12. ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздравсоцразвития России, Хабаров. отд-ние Всерос. О-ва судеб. медиков, Краев. о-во патологоанатомов Хабаров. Края; под ред. А.И. Авдеева, А.Н.Евсеева, И.В.Власюка. – Хабаровск: Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2012.- 154-157. – 0,25 п.л. (лично автором – 0,25 п.л.).

10. Хабова, З.С. Особенности сроков обследования пострадавших с травмами голеностопного сустава при производстве экспертиз живых лиц / З.С.Хабова // Сборник Актуальные проблемы судебно-медицинской экспертизы / Сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием (17-18 мая 2012 года, г.Москва). Под редакцией член-корр. РАМН, проф. Ю.И.Пиголкина, д.м.н. А.В.Ковалёва. – М., 2012, 336-338. – 0,18 п.л. (лично автором – 0,18 п.л.).

11. Хабова, З.С. К вопросу о методических трудностях при определении вреда здоровью в случаях травм голеностопного сустава / З.С.Хабова, В.А.Фетисов // Сборник Актуальные проблемы судебно-медицинской экспертизы / Сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием (17-18 мая 2012 года, г. Москва). Под редакцией член-корр. РАМН, проф. Ю.И.Пиголкина, д.м.н. А.В.Ковалёва. – М., 2012, 331-333. – 0,18 п.л. (лично автором – 0,09 п.л.).

12. Хабова, З.С. Проблемы лечения пострадавших с травмами голеностопного и подтаранного суставов и их судебно-медицинской оценки / З.С.Хабова // Сборник Актуальные проблемы судебной медицины и медицинского права: материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012, 192-197. – 0,37 п.л. (лично автором – 0,37 п.л.).

13. Хабова, З.С. Исторические аспекты судебно-медицинской оценки тяжести травм голеностопного сустава / З.С.Хабова, В.А.Фетисов // Сборник Актуальные проблемы судебной медицины и медицинского права: материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012, 180-187. – 0,5 п.л. (лично автором – 0,29 п.л.).

14. Хабова, З.С. Проблемные вопросы экспертной оценки тяжести повреждений области голеностопного сустава / З.С.Хабова // Сборник Актуальные проблемы судебной медицины и медицинского права: материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012, 188-191. – 0,25 п.л. (лично автором – 0,25 п.л.).

15. Хабова, З.С. Дефекты оказания медицинской помощи пострадавшим с травмами голеностопного сустава / З.С.Хабова // Сборник Судебно-медицинская наука и практика: Материалы научно-практической конференции молодых учёных и специалистов. Выпуск 7. – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012, 231-235. – 0,31 п.л. (лично автором – 0,31 п.л.).

16. Хабова, З.С. Дефекты диагностики и лечения при оказании медицинской помощи пострадавшим с травмами голеностопного сустава / З.С.Хабова // Сборник Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы): Материалы научно-практической конференции с международным участием. – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012, 123-126. – 0,25 п.л. (лично автором – 0,25 п.л.).