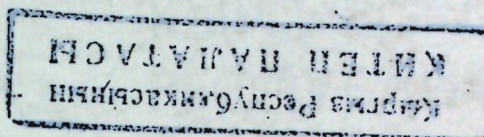


Подписной индекс:
77397 - Журнал "НАКР"
77442 - Журнал "НАКР" + CD

Подписка по телефонам:
(312) 64-26-50, 64-26-51

Еженедельный журнал
для руководителей, бухгалтеров и юристов

Подписка и приобретение книг через интернет:
www.academy.kg



6

февраль

2012

НАКР

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

В НОМЕРЕ:

- О приостановлении действия некоторых норм конституционного Закона "О статусе судей Кыргызской Республики"
- Правила производства судебно-медицинских экспертиз
- Правила судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью
- Инструкция по применению Правил судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью
- О тарифах страховых взносов по государственному социальному страхованию

ISSN 1694-5123

00612



4 700060 010099

06.02.12

№ 6
2012

www.academy.kg



**НОРМАТИВНЫЕ
АКТЫ
КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ**

Журнал издается с 1993 года

Выходит еженедельно №6 (595)

СОДЕРЖАНИЕ

ЖОГОРКУ КЕНЕШ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

О приостановлении действия некоторых норм конституционного Закона Кыргызской Республики "О статусе судей Кыргызской Республики"

Конституционный закон КР от 25 января 2012 года № 4 3

ПРЕЗИДЕНТ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Об объявлении 2012 года Годом семьи, мира, согласия и взаимного прощения

Указ Президента КР от 26 января 2012 года УП № 17 4

ПРАВИТЕЛЬСТВО КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Об организации и проведении судебно-медицинских экспертиз в Кыргызской Республике

Постановление Правительства КР от 12 января 2012 года № 33 6

Правила производства судебно-медицинских экспертиз в Кыргызской Республике

1. Общие положения 6
2. Правила организации и производства судебно-медицинской экспертизы 7
3. Оформление заключения судебно-медицинского эксперта 9
4. Штатные нормативы медицинского персонала центра судебно-медицинской экспертизы и сроки производства судебно-медицинской экспертизы 11
 - 4.1. Судебно-медицинские эксперты 11
 - 4.2. Средний медицинский персонал 12
 - 4.3. Младший медицинский персонал 12
5. Сроки производства экспертизы 12

Правила судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью

1. Общие положения 13
 2. Тяжкий вред здоровью 14
 3. Вред здоровью, опасный для жизни 15
 4. Менее тяжкий вред здоровью 17
 5. Легкий вред здоровью 17
 6. Истязания 18
- Приложение. Таблица процентов стойкой утраты общей трудоспособности 18

Инструкция по применению Правил судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью

1. Общие положения 33
2. Судебно-медицинские критерии квалифицирующих признаков тяжести вреда здоровью 34
3. Заключительные положения 48

В ПОМОЩЬ БУХГАЛТЕРУ

О тарифах страховых взносов по государственному социальному страхованию

Закон КР от 24 января 2004 года № 8 (с изм. и доп., извлечения) 50



ЖОГОРКУ КЕНЕШ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КОНСТИТУЦИОННЫЙ ЗАКОН КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

О приостановлении действия некоторых норм конституционного Закона Кыргызской Республики "О статусе судей Кыргызской Республики"

Статья 1.
До завершения формирования судейского корпуса в рамках реализации части 8 статьи 1 Закона Кыргызской Республики "О введении в действие Конституции Кыргызской Республики" приостановить действие следующих норм конституционного Закона Кыргызской Республики "О статусе судей Кыргызской Республики":
абзаца четвертого части 3 статьи 7;
абзаца второго части 4 статьи 18;
частей 1 и 2 статьи 24;
абзаца первого части 1 статьи 27 - в части прекращения полномочий в связи с истечением сроков полномочий.

Статья 2.
При истечении срока полномочий судьи, председателя и заместителя председателя местного суда до назначения новых судей в соответствии с Конституцией Кыргызской Республики и Законом Кыргызской Республики "О статусе судей Кыргызской Республики" и Законом Кыргызской Республики "О организации и функциях органов государственной власти и управления Кыргызской Республики" полномочия судьи, председателя и заместителя председателя местного суда прекращаются с 7 апреля 2011 года.

Принят Жогорку Кенешем Кыргызской Республики 12 января 2012 года

Конституцией Кыргызской Республики срок его полномочий считать продленным до замещения занимаемой им должности новым судьей, председателем и заместителем председателя местного суда, назначенным в соответствии с Конституцией Кыргызской Республики.

Продление полномочий судьи, председателя и заместителя председателя местного суда осуществляется указом Президента Кыргызской Республики.

Статья 3.

Действие настоящего конституционного Закона распространяется на правоотношения, возникшие с 7 апреля 2011 года.

Президенту Кыргызской Республики привести свои решения в соответствии с настоящим конституционным Законом.

Президент Кыргызской Республики
А.Атамбаев

г.Бишкек

от 25 января 2012 года № 4

Принят Жогорку Кенешем Кыргызской Республики 12 января 2012 года

3	Об оружии (кырг./русс.яз)	40-00
4	Об оперативно-розыскной деятельности (р.яз)	30-00
5	О част.-детективной и охран.-деят. (русс.яз)	20-00
6	О нормативно-правовых актах (русс.яз)	30-00
7	О бухгалтерском учете (кырг./русс.яз)	40-00
8	О гос.регистрации прав на недвиж.имущ.(р.яз)	40-00
9	О муниципальной службе (кырг./русс.яз)	40-00
10	О нотариате (русс.яз)	40-00
11	Об Омбудсмене (Акыйкатчы) (кырг./русс.яз)	40-00
12	О присяжных заседателях (кырг./русс.яз)	20-00
13	Об охране окружающей среды (русс.яз)	40-00
14	О проверках субъектов предпр-ва (русс.яз)	30-00
15	Об адвокатской деятельности (кырг./русс.яз)	30-00
16	Об исполнительном производстве (русс.яз)	40-00
17	Об образовании (русс.яз)	40-00
18	О Счетной палате (кырг./русс.яз)	30-00
19	Об основных принципах бюджетного права	40-00
20	О государственной службе (русс.яз)	40-00
21	О хозяйств.обществах и обществах (русс.яз)	40-00
22	О защите прав потребителей (русс.яз)	40-00
23	О залоге (русс.яз)	50-00
24	Об акционерных обществах (русс.яз)	50-00
25	О некоммерческих организациях (кырг./русс.яз)	30-00
26	О рекламе (русс.яз)	30-00
27	О порядке рассмотрения заявлений (русс.яз)	30-00
Электронные Издания (на CD и DVD-дисках)		
28	«Помощник адвоката» (образцы док.) на CD	300-00
29	«Помощник нотариуса» (образцы док.) на CD	300-00
30	«Законодательство КР» (на кырг./рус.яз) DVD	900-00
Стоимость почтовой доставки		
ИТОГО:		100-00

Пожалуйста, заполните БЛАНК-ЗАКАЗ от «06» февраля 2012 г.

1. Наименование заказчика:

2. Адрес заказчика:

3. ФИО, телефон заказчика:

(по указанному адресу будут отправляться книги)

№	Наименование	Цена (сом)	Кол-во (шт.)	Сумма (сом)
1	Конституция (кырг./русс.яз)	110-00		
2	Налоговый кодекс (русс.яз)	230-00		
3	Кодекс об административной ответственности	280-00		
4	Жарандык кодекси (I-, II-б.)	350-00		
5	Гражданский кодекс (I и II ч.)	350-00		
6	Жарандык процесетик кодекси	170-00		
7	Гражданский процесс. кодекс (русс.яз)	180-00		
8	Трудовой кодекс (русс.яз)	180-00		
9	Уголовный кодекс (русс.яз)	200-00		
10	Уголовно-процессуальный кодекс (русс.яз)	230-00		
11	Уголовно-исполнительный кодекс (русс.яз)	100-00		
12	Земельный кодекс (русс.яз)	80-00		
13	Семейный кодекс (русс.яз)	80-00		
14	Кодекс о детях (русс.яз)	60-00		
15	Жилищный кодекс (русс.яз)	80-00		
16	Лесной кодекс (русс.яз)	60-00		
17	Водный кодекс (русс.яз)	60-00		
18	Воздушный кодекс (русс.яз)	60-00		
Законы Кыргызской Республики				
1	Об органах внутренних дел (кырг./русс.яз)	40-00		
2	О прокуратуре (русс.яз)	40-00		

ПРЕЗИДЕНТ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

УКАЗ ПРЕЗИДЕНТА КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Об объявлении 2012 года Годом семьи, мира, согласия и взаимного прощения

В последние годы произошли события, которые положили начало коренным преобразованиям в общественной и политической жизни Кыргызской Республики. Народ свергнул режим семейного правления, заплатил высокую цену за возможность самому решать свою судьбу. Для придания проводимым реформам необратимого характера требуются решительные меры в экономике, всех сферах общественно-политической жизни и соблюдении прав граждан. Народ Кыргызстана должен в ближайшие годы почувствовать позитивные перемены в своей жизни.

Одним из основных факторов стабильности и развития государства является институт семьи. Общественно-политическая ситуация в стране напрямую зависит от экономического положения и жизненного настроения каждого гражданина Кыргызстана, каждой семьи, проживающей в наших селах и городах. В неразрывной связи с традициями почитания старших, уважения к женщине семья была и остается хранительницей общечеловеческих ценностей, культуры и исторической преемственности поколений. Благодаря миру и согласию в семьях Кыргызстана будет развиваться государство, расти благосостояние людей.

Как свидетельствует история Кыргызстана, самые яркие периоды в его развитии были обусловлены достижением мира в стране, единством народа, согласием в обществе и дружбой между представителями различных этносов. Расцвет кыргызской государственности в средние века связан с образованием Кыргызского каганата, на огромной территории которого мирно проживали представители многих племен и народностей. В советский период развития, находясь в единой семье народов бывшего СССР, Кыргызстан превратился в процветающий край с развитой промышленностью, крупнотоварным сельским хозяйством и стабильно растущим уровнем жизни населения.

Во все годы независимости идет нелегкий процесс формирования единой многонациональной семьи народа Кыргызстана. Нерешавшиеся десятилетиями проблемы регионального развития и межэтнических отношений негативно сказываются на развитии страны в целом и на судьбе отдельных граждан, в частности. В настоящее время, в связи с началом восстановления народовластия, у кыргызстанцев появился новый ист-

орический шанс построить независимое, сильное, динамично развивающееся государство, которым будет по праву гордиться каждый патриот многонациональной страны. Во имя достижения этой главной цели политическим и общественным силам Кыргызстана предстоит находить справедливые и эффективные решения, идти по пути к согласию и взаимному прощению, ставя во главу угла будущее Родины и судьбу грядущих поколений.

Наряду с усилиями органов государственной власти в данном направлении потребуются активная патриотическая позиция каждого гражданина страны, содействие таких социальных институтов, как семья и местное сообщество.

Опираясь на выработанные веками традиции и высокие духовные ориентиры народа Кыргызстана, принимая во внимание обращения общественности и депутатов Жогорку Кенеша Кыргызской Республики, а также учитывая, что достижение стабильного развития и процветания страны, создание достойных условий для граждан начинается с благополучия каждой семьи, мира и согласия среди жителей каждой улицы, каждого айла, города и района постановляю:

1. Объявить 2012 год в Кыргызской Республике Годом семьи, мира, согласия и взаимного прощения.

2. Правительству Кыргызской Республики:

1) образовать правительственную комиссию по проведению в Кыргызской Республике Года семьи, мира, согласия и взаимного прощения с привлечением представителей гражданского общества;

2) разработать План мероприятий по проведению Года семьи, мира, согласия и взаимного прощения, в котором в качестве главных приоритетов предусмотреть:

- дальнейшее развитие и укрепление семьи, как основного института общества;

- поддержку и совершенствование традиций, отвечающих современным реалиям и направленных на утверждение общечеловеческих ценностей, развитие духовности, взаимоуважения и взаимообогащение культур;

- преодоление последствий прошлых конфликтов через принятие комплекса мер по укреплению доверия, справедливости, милосердия и взаимного прощения;

- укрепление многонациональной семьи еди-

ного народа Кыргызстана через принятие и реализацию программы этнической политики и консолидации общества, направленной на обеспечение единства, устойчивого мира и согласия, в том числе через повышение интегрирующей роли государственного языка, поддержку развития официального и других языков;

- поощрение научных исследований и гражданских инициатив, направленных на углубление изучения и популяризацию истории Кыргызстана;

- использование позитивного потенциала гражданского патриотизма с опорой на исторические корни и стремление народа построить современное сильное и независимое государство;

3) обеспечить создание рабочих комиссий по проведению Года семьи, мира, согласия и взаимного прощения местными государственными ад-

министрациями и органами местного самоуправления, разработку планов соответствующих мероприятий и их выполнение.

3. Рекомендовать Жогорку Кенешу Кыргызской Республики рассматривать совершенствование государственной политики в части укрепления и развития института семьи, обеспечения единства народа, мира и согласия в стране в качестве одного из важнейших направлений своей деятельности.

4. Контроль за выполнением настоящего Указа возложить на Руководителя Аппарата Президента Кыргызской Республики.

5. Настоящий Указ вступает в силу со дня официального опубликования. (газета "Эркин Тоо" от 27 января 2012 года № 6)

Президент Кыргызской Республики
А.Атамбаев

г.Бишкек

от 26 января 2012 года УП № 17

ПРАВИТЕЛЬСТВО КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Об организации и проведении судебно-медицинских экспертиз в Кыргызской Республике

В целях реализации Закона Кыргызской Республики "Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике" Правительство Кыргызской Республики постановляет:

1. Утвердить прилагаемые:

- Правила производства судебно-медицинских экспертиз в Кыргызской Республике;
- Правила судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью;
- Инструкцию по применению Правил судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью;
- Правила работы врача-специалиста в области судебной медицины при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия);
- Правила производства судебно-медицинской экспертизы трупа;
- Правила производства судебно-медицинской экспертизы по материалам уголовных и гражданских дел;
- Правила производства судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств и установления родства в судебно-биологических отделениях лабораторий центра судебно-медицинской экспертизы;
- Правила производства экспертизы вещественных доказательств в судебно-химических отделениях лабораторий центра судебно-медицинской экспертизы;
- Правила производства судебно-медицинской экс-

пертизы в гистологических отделениях центра судебно-медицинской экспертизы;

- Правила производства судебно-медицинских экспертиз в медико-криминалистических отделениях лабораторий центра судебно-медицинской экспертизы;
- Правила производства судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы;
- Правила производства судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин;
- Правила организации комплексных медико-криминалистических и медико-автотехнических экспертиз в судебно-экспертных учреждениях Министерства юстиции Кыргызской Республики и Министерства здравоохранения Кыргызской Республике.

2. Министерству здравоохранения Кыргызской Республики в месячный срок решить организационные, финансовые и иные вопросы, вытекающие из настоящего постановления, в пределах средств, предусмотренных республиканским бюджетом Министерству здравоохранения Кыргызской Республики на 2011 год.

3. Опубликовать настоящее постановление в официальных средствах массовой информации.

4. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на отдел социального обеспечения, здравоохранения, труда и миграции Аппарата Правительства Кыргызской Республики.

Премьер-министр Кыргызской Республики
О.Бабанов

г.Бишкек

от 12 января 2012 года № 33

Утверждены
постановлением Правительства
Кыргызской Республики
от 12 января 2012 года № 33

ПРАВИЛА

производства судебно-медицинских экспертиз в Кыргызской Республике

1. Общие положения

1. Судебно-медицинская экспертиза служит целям и задачам правосудия. В то же время ее деятельность направлена на всемерное содействие органам здравоохранения в улучшении качества лечебной помощи населению и проведении профилактических мероприятий.

Судебно-медицинская экспертиза и другие виды судебно-медицинской работы осуществляются в соответствии с законодательством Кыргызской Республики о здравоохранении, уголовным, уголовно-процессуальным, гражданским и гражданско-процессуальным законодательством, приказами и другими документами, издаваемыми Министерством здравоохранения Кыргызской Республики.

2. Судебно-медицинская экспертиза производится

в центрах/отделениях судебно-медицинской экспертизы, которые находятся в ведении Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики осуществляет организационно-методическое, практическое и административно-хозяйственное руководство судебно-медицинской экспертизой Кыргызской Республики.

3. К компетенции судебно-медицинской экспертизы относятся:

- экспертиза трупов в случаях насильственной смерти;
- судебно-медицинское исследование трупов при подозрении на применение насилия или при других обстоятельствах, обуславливающих необходимость

производства исследования трупа в судебно-медицинском порядке;

- экспертиза потерпевших, обвиняемых и других лиц, а также судебно-медицинское освидетельствование граждан для определения характера и тяжести вреда здоровью, возраста, полового состояния и других вопросов, требующих познания в области судебной медицины;

- экспертиза вещественных доказательств путем применения лабораторных методов исследования объектов;

- экспертиза по материалам уголовных и гражданских дел.

4. В качестве специалиста судебно-медицинский эксперт привлекается к участию в первоначальных и других следственных действиях; осмотру трупов на месте происшествия (обнаружения), эксгумации, освидетельствованию, изъятию образцов для сравнительного исследования и др.

2. Правила организации и производства судебно-медицинской экспертизы

7. Судебно-медицинская экспертиза производится по постановлению следователя, прокурора, судьи, а также по определению суда.

По мотивированному письменному поручению следователя, прокурора могут производиться судебно-медицинские исследования и судебно-медицинские освидетельствования с целью выявления признаков, служащих основанием для возбуждения уголовного дела.

8. Методика проведения отдельных видов судебно-медицинских экспертиз определяется специальными правилами, инструкциями и методическими указаниями, утверждаемыми Министерством здравоохранения Кыргызской Республики.

9. Уголовно-процессуальный и гражданско-процессуальный кодекс предусматривает проведение первичной, дополнительной и повторной экспертизы, а также комиссионной и комплексной экспертизы.

Дополнительная судебно-медицинская экспертиза назначается в случае недостаточной ясности или полноты заключения, а также возникновении новых вопросов в отношении ранее исследованных обстоятельств, поручаемая тому же или другому эксперту.

Повторная судебно-медицинская экспертиза назначается в случае сомнения в правильности заключения эксперта, поручаемая другому эксперту или другим экспертам. Проведение повторной экспертизы не может быть поручено судебно-медицинскому эксперту, производившему первичную экспертизу.

Комиссионная экспертиза назначается в случаях необходимости производства сложных экспертных исследований и проводится несколькими экспертами одной специальности (профиля).

Комплексная экспертиза назначается в случаях, если для проведения исследований необходимы познания в разных отраслях знаний. Она проводится экспертами различных специальностей в пределах своей компетенции.

10. Судебно-медицинская экспертиза проводится одним или несколькими экспертами, при необходимости - экспертами различных специальностей.

Необходимость участия в производстве экспертизы нескольких экспертов определяется степенью сложности и характером случая (большой объем экспертного исследования, экспертиза трупа иностранного гражданина, экспертиза эксгумированного трупа, повторная

5. Судебно-медицинские, судебно-химические экспертизы и другие виды судебно-медицинской работы производятся специалистами, занимающими должности врачей-судебно-медицинских экспертов, медико-криминалистов судебно-медицинских экспертов, заведующих структурными подразделениями центров / отделений судебно-медицинской экспертизы (далее - судебно-медицинские эксперты).

Порядок допуска к работе на указанных должностях определяется Министерством здравоохранения Кыргызской Республики.

6. К участию в производстве судебно-медицинских экспертиз могут быть привлечены профессорско-преподавательский состав кафедр судебной медицины, специалисты организаций здравоохранения и других ведомств. При выполнении указанной работы эти лица по своему процессуальному положению являются экспертами.

экспертиза трупа).

11. Если персональный состав экспертов по конкретному делу не оговорен лицом, назначившим экспертизу, он назначается руководителем центра судебно-медицинской экспертизы, его заместителем по экспертной работе или заведующим отделом (отделением).

12. Участие нескольких экспертов, при необходимости - различных специальностей, является обязательным при проведении следующих судебно-медицинских экспертиз:

1) экспертиза по делам о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения;

2) повторные экспертизы по материалам уголовных и гражданских дел;

3) экспертиза по определению стойкой утраты трудоспособности;

4) первичная экспертиза в особо сложных случаях.

Примечание.

Судебно-медицинские экспертизы по делам о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения, а также экспертизы по определению стойкой утраты трудоспособности и повторные судебно-медицинские экспертизы производятся только в республиканском центре судебно-медицинской экспертизы и его филиалах и не могут быть проведены в городских и районных отделениях судмедэкспертизы.

Копии заключений эксперта в случаях проведения экспертиз, указанных в подпунктах 1 и 2 пункта 12 настоящих Правил, немедленно представляются для контроля главному судебно-медицинскому эксперту.

13. При производстве судебно-медицинской экспертизы вправе присутствовать следователь, назначивший экспертизу (либо направленный им представитель); о времени производства экспертизы он ставится в известность экспертом. Присутствие следователя при экспертизе трупа фиксируют в "Заключении эксперта".

При неявке следователя к назначенному сроку судебно-медицинская экспертиза производится в его отсутствие, если дальнейшее промедление может отрицательно повлиять на качество экспертизы.

Примечание:

Следователь не присутствует при экспертизе лица дру-

гого пола, если экспертиза сопровождается обнажением свидетелем.

14. Присутствие обвиняемого и других лиц при производстве судебно-медицинской экспертизы допускается только с разрешения следователя.

Врачи лечебно-профилактических организаций, слушатели медицинских академий последипломного образования, студенты медицинских и юридических высших учебных заведений могут присутствовать при судебно-медицинской экспертизе трупа с разрешения руководителя экспертной организации (подразделения). В процессе судебно-медицинской экспертизы трупа судебно-медицинский эксперт не вправе давать посторонним лицам объяснения и отвечать на вопросы, связанные с экспертизой.

15. При производстве экспертизы не на базе бюро судебно-медицинской экспертизы, руководители лечебно-профилактической организации обеспечивают судебно-медицинских экспертов помещением для производства экспертизы (морг, врачебный кабинет в поликлинике), предоставляют стеклянную посуду, тару, упаковочные и другие материалы для подготовки и упаковки объектов, предназначенных для лабораторного исследования и оказывают другую необходимую помощь.

Следователь, прокурор оказывают содействие в пересылке указанных объектов в судебно-медицинскую лабораторию.

16. По требованию следователя, прокурора и суда судебно-медицинский эксперт привлекается к участию в первоначальных и других следственных действиях, а именно: к осмотру трупа на месте происшествия (обнаружения), эксгумации, освидетельствованию, изъятию образцов, проведению следственных экспериментов.

При участии в первоначальных и других следственных действиях судебно-медицинский эксперт осуществляет свою деятельность не в качестве эксперта, а как специалист в области судебной медицины. Он оказывает содействие следователю в обнаружении, закреплении и изъятии доказательств, обращает внимание следователя на обстоятельства, связанные с обнаружением, закреплением и изъятием доказательств, и дает связанные с этим пояснения, знакомится с протоколом и подписывает его.

Деятельность специалиста регламентируется уголовно-процессуальными и гражданско-процессуальными кодексами.

17. Судебно-медицинский эксперт обязан явиться для выполнения экспертизы и участия в первоначальных и других следственных действиях по вызову органов следствия, прокурора, суда. За уклонение или отказ без уважительной причины от производства экспертизы или участия в первоначальных и других следственных действиях, а также за дачу заведомо ложного заключения судебно-медицинский эксперт несет ответственность в установленном порядке.

Судебно-медицинский эксперт осуществляет свои функции, как правило, в пределах обслуживаемой территории.

18. После получения постановления или определения о назначении экспертизы руководитель судебно-медицинской экспертной организации или подразделения (директор центра судебно-медицинской экспертизы или заведующий городским, областным, районным, межрайонным отделом судебно-медицинской экспертизы трупов, или заведующий районным отде-

лением) поручает производство ее конкретному специалисту (или специалистам) и разъясняет им права, обязанности и ответственность судебно-медицинского эксперта.

При проведении экспертизы в суде права и обязанности судебно-медицинского эксперта и его ответственность разъясняет председательствующий в судебном заседании.

19. Судебно-медицинским экспертом является незаинтересованное в уголовном деле лицо, назначенное следователем, судом, или по их требованию, руководителем экспертной организации для разрешения вопросов, возникших при производстве следствия или судебного разбирательства. Эксперт может быть назначен из числа предложенных участниками процесса лиц или приглашен сторонами.

Судебно-медицинский эксперт не имеет права принимать участие в производстве экспертиз, первоначальных и других следственных действиях, исследованиях и освидетельствовании, если он является потерпевшим, гражданским истцом или ответчиком, свидетелем или находится в родственных отношениях, в служебной или иной зависимости от обвиняемого, потерпевшего, гражданского истца или ответчика и их представителей, а также других предусмотренных законом оснований для своего отвода в качестве эксперта и немедленно должен заявить об этом своему руководителю либо лицу или органу, назначившему экспертизу.

20. Судебно-медицинский эксперт при производстве экспертизы для разрешения вопросов имеет право:

- знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы;

- получать необходимые объекты и образцы для сравнительного исследования и дачи заключения;

- требовать предоставления ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения, или проведения экспертизы с участием других экспертов. Если судебно-медицинский эксперт находит, что предоставленные ему следователем, прокурором или судом материалы недостаточны для разрешения вопросов, поставленных перед ним, он сообщает, какие именно материалы и документы ему необходимы для производства экспертизы. В случае непредоставления их, он в письменной форме сообщает органам, назначившим экспертизу, о причинах невозможности дать заключение по поставленным вопросам. Если же он не имеет возможности дать заключение лишь по отдельным вопросам, то указывает об этом в "Заключении эксперта" или в "Акте судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы";

- отказаться от дачи заключения, если поставленные вопросы выходят за пределы его специальных знаний;

- присутствовать при производстве следственных действий и задавать вопросы, относящиеся к предмету проводимой им экспертизы;

- участвовать в судебном разбирательстве по вопросам, относящимся к предмету экспертизы. Если при производстве экспертизы судебно-медицинский эксперт установит обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых ему не были поставлены вопросы, он вправе указать на них в своем заключении.

21. Судебно-медицинский эксперт обязан:

- являться по вызову следователя, суда;
- представить объективное заключение по постав-

ленным перед ним вопросам;

- не разглашать материалы следствия;

- соблюдать порядок при производстве следственных действий и во время судебного заседания;

- при неявке эксперта без уважительных причин на него может быть наложено денежное взыскание;

- в случае отказа или уклонения эксперта от выполнения своих обязанностей без уважительных причин, за дачу заведомо ложного заключения, он несет ответственность в соответствии с Уголовным кодексом Кыргызской Республики.

22. Судебно-медицинский эксперт не имеет права:

- вести переговоры с участниками процесса по вопросам, связанным с проведением экспертизы;

- самостоятельно собирать материалы для исследования;

- проводить исследования, которые могут повлечь полное или частичное уничтожение предоставленных объектов либо изменение их внешнего вида или основных свойств, если на это не было специального разрешения следователя, суда;

23. Если в процессе проведения судебно-медицинской экспертизы возникает необходимость в производстве судебно-медицинских лабораторных исследований для разрешения вопросов, поставленных перед судебно-медицинским экспертом или возникающих у него лично, то, на основании имеющегося у него постановления, определения или письменного предложения следователя, прокурора или суда он направляет объекты в лабораторию центра судебно-медицинской экспертизы. При этом судебно-медицинский эксперт заполняет соответствующий бланк, в котором указывает краткие обстоятельства дела, объективные данные, выясненные при экспертизе, цели лабораторного исследования.

24. Если возникает необходимость проконсультировать лицо, подвергаемое судебно-медицинской экспертизе или судебно-медицинскому освидетельствованию, у врача-специалиста, работающего в другом учреждении здравоохранения, его направляют в это учреждение с соответствующим письмом, подписанным директором центра или заведующим отделом (отделением) центра, либо судебно-медицинским экспертом.

25. Судебно-медицинский эксперт обязан до окончания экспертизы доводить до сведения органов, назначивших экспертизу, выявленные им новые данные, имеющие значение для дела.

26. В процессе судебно-медицинской экспертизы экспертом могут быть выявлены объекты, по своему характеру могущие стать вещественными доказательствами и предметом отдельной судебно-медицинской, криминалистической или иной экспертизы.

Эти объекты подлежат описанию в "Заключении эксперта" или в "Акте судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы" и передаче под расписку лицу, назначившему судебно-медицинскую экспертизу, для последующего направления на соответствующую экспертизу.

27. Объекты судебно-медицинского исследования,

3. Оформление заключения судебно-медицинского эксперта

35. Результаты всех видов судебно-медицинской экспертизы, в том числе и судебно-химической, оформляются документом, который в соответствии с действующими уголовно-процессуальным и Гражданско-процессуальным кодексами именуется: "Заключе-

в том числе вещественные доказательства, подлежат строгому учету и хранению. Эксперт обязан принять все зависящие от него меры для их сохранности. Порядок хранения и уничтожения объектов исследования и вещественных доказательств определяются специальными правилами.

28. Из трупа могут быть взяты какие-либо части, внутренние органы и ткани, кровь, моча и т.п. для судебно-медицинских лабораторных исследований.

Допускается изъятие для лечебных и научных целей трупных тканей, органов и крови, когда это не может воспрепятствовать правильной судебно-медицинской диагностике при первоначальном и, возможно, повторном исследовании трупа. Об изъятии тканей, органов, крови делается соответствующая запись в "Заключении эксперта" или в "Акте судебно-медицинской экспертизы", с указанием, что именно изъято.

29. Судебно-медицинский эксперт может быть допрошен следователем для разъяснения или дополнения данного им заключения; судебно-медицинский эксперт может изложить свои ответы собственноручно.

30. При рассмотрении уголовных и гражданских дел в судах судебно-медицинский эксперт может быть вызван для дачи заключения и допроса по произведенным на стадии предварительного следствия судебно-медицинским экспертным исследованиям, а также для проведения экспертизы в судебном следствии.

31. Судебно-медицинский эксперт, вызванный в суд, принимает участие в судебном заседании в порядке, регламентированном Уголовно-процессуальным и Гражданско-процессуальным кодексами Кыргызской Республики. Он имеет право знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы, задавать вопросы потерпевшим, обвиняемым и свидетелям в связи с производством судебно-медицинской экспертизы.

32. При проведении судебно-медицинской экспертизы в суде заключение составляется судебно-медицинским экспертом в письменном виде, оглашается им в судебном заседании и передается суду. Копия заключения приобщается к документам экспертизы, находящимся в архиве центра судебно-медицинской экспертизы.

Судебно-медицинский эксперт имеет право включить в свое заключение выводы по обстоятельствам дела, относящимся к его компетенции, но по которым ему не были поставлены вопросы.

33. Если в производстве экспертизы участвуют несколько экспертов, то им должна быть представлена возможность совещаться между собой.

Если эксперты пришли к единогласному выводу, то результаты экспертизы могут быть изложены в заключении, подписываемом всеми экспертами; в случае разногласия между экспертами они представляют отдельные заключения.

34. В случае неправильного истолкования участниками судебного процесса данного экспертом заключения, судебно-медицинский эксперт обязан заявить об этом в процессе судебного следствия.

ние эксперта" или "Акт судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы".

Оба эти документа имеют одинаковую структуру. Они состоят из следующих разделов: вводной части, включающей краткое изложение обстоятельств дела,

исследовательской части и выводов (или заключения, если составляется акт судебно-медицинской экспертизы).

36. В вводной части должны быть указаны:

- время и место производства экспертизы;
- условия производства экспертизы, имеющие значение для экспертного исследования (освещение, температура воздуха и др.);
- постановление или определение, на основании которого производится экспертиза;
- фамилия, имя, отчество эксперта, занимаемая должность, образование, специальность и стаж работы, квалификационная категория, ученая степень, ученое звание;
- при экспертизе трупа - фамилия, имя, отчество, возраст умершего; при экспертизе потерпевших, обвиняемых и других лиц - фамилия, имя, отчество, возраст, местожительство, документ удостоверяющий личность; при экспертизе по материалам дела и экспертизе вещественных доказательств наименование и номер уголовного или гражданского дела, количество томов, листов дела, перечень объектов и образцов, поступивших на экспертизу;
- лица, присутствующие при производстве экспертизы;
- подписка судебно-медицинского эксперта о разъяснении ему процессуальных прав и обязанностей и об его ответственности;
- перечень вопросов, поставленных на разрешение экспертизы.

37. В "Обстоятельствах дела" излагаются сведения, которые необходимы судебно-медицинскому эксперту при проведении экспертных исследований и составлении выводов (заключения); при экспертизе трупа - следственные данные и содержание медицинских документов: при экспертизе потерпевших, обвиняемых и других лиц - медицинский опрос свидетелеваемого и жалобы (опрос детей производится в присутствии родителей или педагогов); следственные данные и содержание медицинских документов; при экспертизе вещественных доказательств - следственные данные и содержание медицинских документов.

38. Исследовательская часть должна содержать подробное описание процесса исследования и всех найденных при этом фактических данных. В ней излагаются примененные методы исследования и используются объективная регистрация (фотоснимки, контурные схемы и др.). Структура исследовательской части определяется видом проводимой экспертизы. Этот раздел включает:

1) при экспертизе трупа - описание одежды и данных наружного осмотра трупа; внутреннего исследования полостей, органов и тканей; изъятых объектов, передаваемых следователю для проведения других видов экспертиз; перечень объектов, направленных на лабораторное исследование; перечень тканей и органов, изъятых для трансплантации, а также в научных и учебных целях, с описанием произведенного вмешательства и указанием что изъято; результаты проведенных лабораторных исследований, с указанием дат их проведения и получения экспертом актов исследований;

2) при экспертизе потерпевших, обвиняемых и других лиц - подробное описание всех выявленных в процессе экспертного обследования объективных медицинских данных, указание о направлении экспертом свидетелеваемого к врачам других специальностей,

на рентгенологическое и другие исследования, а также результаты этих обследований и исследований; описание одежды, а также повреждений и наложений на ней в случае, когда одежда исследовалась; перечень объектов (мазки и др.), направленных на лабораторное исследование, а также результаты проведения дополнительных обследований и исследований и получения их результатов экспертом;

3) при экспертизе вещественных доказательств - подробное описание вещественных доказательств и имеющихся на них следов, изложение примененных методов исследования и полученных результатов по каждому виду исследования, с указанием используемых реактивов, аппаратуры и оборудования, процесса анализа. В исследовательской части также описывается и исследование представленных образцов;

4) при экспертизе по материалам уголовных и гражданских дел - подробное изложение в виде "Обстоятельств дела" фактических данных, необходимых для экспертного анализа.

При экспертизе по делам о профессиональной деятельности медицинских работников в "Обстоятельствах дела" включаются сведения, полученные при изучении подлинных медицинских и иных документов, имеющие значение для дела.

39. Вводная часть, обстоятельства дела и исследовательская часть составляют вместе протокол "Заключения эксперта" или "Акта судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы".

Протокол подписывается судебно-медицинским экспертом и лицами, упомянутыми в вводной части документа.

40. Выводы в "Заключении эксперта" и заключение в "Акте судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы" являются научно обоснованным мнением эксперта, сформулированным на основании результатов произведенной им экспертизы.

Выводы (заключение) составляются на основании объективных данных, установленных в процессе экспертизы, экспертного анализа обстоятельств дела и данных медицинской науки. Указанные объективные данные должны вытекать из вводной и исследовательской частей протокола.

Выводы (заключение) оформляются в соответствии с поставленными на разрешение эксперта вопросами. Они должны также содержать экспертную оценку объективных данных, выявленных в процессе экспертизы, которые, по мнению эксперта, имеют значение для дела. Их следует излагать ясно, конкретно, избегая, по возможности, специальных медицинских терминов. Экспертное суждение по каждому выводу должно быть мотивировано, обосновано фактическими данными.

41. Вводная часть, обстоятельства дела и исследовательская часть "Заключения эксперта" или "Акта судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы" составляется непосредственно в процессе проведения экспертизы. Выводы "Заключения эксперта" и заключение "Акта судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы" должны составляться с указанием даты их составления, после окончания всех исследований (пункт 43 настоящих Правил).

42. "Заключение эксперта" или "Акт судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы" составляются не менее чем в двух экземплярах, один из которых передается органам дознания, следователю, прокурору или суду, а другой - остается на хранении в

центре судебно-медицинской экспертизы.

Экспертиза вещественных доказательств оформляется в процессе производства экспертных исследований записями в рабочем журнале, на основании которых после окончания экспертных исследований составляется соответствующий документ.

43. Результат исследования выдается следователю, прокурору, суду, назначившим судебно-медицинскую экспертизу, о чем делается отметка кому и когда выдано "Заключение эксперта" или "Акт судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы".

Сроки проведения экспертиз определяются видом, объемом и характером экспертных исследований. Наиболее длительными по сроку являются экспертизы вещественных доказательств и экспертизы трупов, что обусловлено проведением лабораторных исследований. Однако и эти экспертизы должны производиться в пределах не более одного месяца со дня получения от следователя, прокурора или суда всех необходимых материалов.

В случае превышения этого срока причина должна быть объяснена судебно-медицинским экспертом органу, назначившему экспертизу, и директору центра

4. Штатные нормативы медицинского персонала центра судебно-медицинской экспертизы и сроки производства судебно-медицинской экспертизы

4.1. Судебно-медицинские эксперты

46. Должности врачей судебно-медицинских экспертов (сверх должности директора и заместителя директора) устанавливаются из расчета:

в республиканском центре судебно-медицинской экспертизы и областных центрах судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Кыргызской Республики:

- 1 врачевская ставка на 80 проведенных комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз в год;
- 1 врачевская ставка на 110 судебно-медицинских исследований трупов в год;
- 400 выездов на место происшествия в год;
- 800 судебно-медицинских освидетельствований потерпевших, обвиняемых и др. лиц в год;
- не менее одной должности на один сельский район.

47. Должности судебно-медицинских экспертов в отделе судебно-медицинского исследования вещественных доказательств (судебно-медицинская лаборатория) устанавливаются из расчета:

- в отделении судебно-биологического исследования вещественных доказательств - 1 врачевская ставка на каждые 1750 объектов исследования в год;
- в медико-криминалистическом отделении - 1 врачевская ставка на каждые 50 экспертиз и 500 рентгенофотографируемых объектов в год (освидетельствуемых, трупов, препаратов, отдельных вещественных доказательств и т.д.);
- в судебно-химическом отделении - 1 врачевская ставка на каждые 55 полных анализов в год.

Примечание.

Под "объектом исследования" понимается одно пятно (крови, спермы и т.д.), каждое место какого-либо участка вещественного доказательства, из которого взят материал для одного вида исследования: один волос и т.д.

48. Должность врача судебно-медицинского эксперта в судебно-гистологическом отделении отдела судебно-медицинского исследования трупов устанавливается

судебно-медицинской экспертизы.

44. Запрещается подменять "Заключение эксперта" или "Акт судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы" различными краткими справками и выписками, а также употреблять для составления вышеуказанных судебно-медицинских документов неутвержденные формы и бланки анкетного типа.

45. При осуществлении судебно-медицинской работы по письменному поручению следователя, прокурора, суда (пункт 7 настоящих Правил), а также при производстве лабораторных исследований объектов, направляемых судебно-медицинскими экспертами (пункт 25 настоящих Правил), составляется "Акт судебно-медицинской (судебно-химической) исследования" или "Акт судебно-медицинского освидетельствования". Порядок оформления этих документов такой же, что и в отношении "Заключения эксперта" или "Акта судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы" (пункты 38-44 настоящих Правил). Однако, судебно-медицинский эксперт в этих случаях не дает подписки о разъяснении ему процессуальных прав и обязанностей, а также об ответственности.

ливаются из расчета: 1 должность на каждые 400 гистологически исследуемых трупов в год.

Примечание:

В обязанность врача-судебно-медицинского эксперта (гистолога) входит также организация гистологических исследований врачами - судебно-медицинскими экспертами на местах, контроль за их работой и проведение консультаций.

49. Должность заведующего отделом - врача-судебно-медицинского эксперта устанавливается (дополнительно):

- в организационно-методическом отделе;
- в отделе контроля качества экспертиз;
- в отделе комиссионных и комплексных экспертиз;
- в отделе судебно-медицинского освидетельствования потерпевших, обвиняемых и других лиц (ambulатория), а также в отделе судебно-медицинского исследования трупов - при наличии в штате каждого отдела 5 и более должностей врачей-судебно-медицинских экспертов.

При установлении должности заведующего отделом судебно-медицинского освидетельствования живых лиц и должности заведующего отделом судебно-медицинского исследования трупов учитываются должности заведующих районными (межрайонными и городскими) отделениями судебно-медицинской экспертизы;

- в отделе судебно-медицинского исследования вещественных доказательств (судебно-медицинская лаборатория) - при наличии в штате отдела (лаборатории) 5 и более должностей врачей-судебно-медицинских экспертов;

- при наличии в отделе судебно-медицинского исследования вещественных доказательств (судебно-медицинская лаборатория) 3 должностей заведующих отделениями, должность заведующего отделом (лабораторией) не устанавливается. Обязанности заведующего отделом (лабораторией) в этом случае возлагаются приказом директора центра судебно-медицинской экспертизы на одного из заведующих отделе-

нием.

Примечание:

Заведующие отделами при наличии в штате отдела до 8 должностей врачей-судебно-медицинских экспертов (включая должность заведующего) выполняют работу врача судебно-медицинского эксперта в объеме не менее 50% нагрузки на эксперта, а при наличии 8 и более должностей - только по особо сложным экспертизам.

50. Должность заведующего отделением - врача судебно-медицинского эксперта отдела судебно-медицинского исследования вещественных доказательств (судебно-медицинская лаборатория) устанавливается при наличии в штате отделения 3 и более

4.2. Средний медицинский персонал

51. Должности медицинских сестер по обслуживанию амбулаторного приема в центре судебно-медицинской экспертизы устанавливаются из расчета: 1 должность на каждую должность врача-судебно-медицинского эксперта отдела судебно-медицинского освидетельствования живых лиц.

52. Должности лаборантов отдела судебно-медицинского исследования трупов с судебно-гистологическим отделением (морг) устанавливаются из расчета:

- 0,5 должности - на каждую должность врача-судебно-медицинского эксперта;
- 1 должность - на каждую должность судебно-медицинского эксперта судебно-гистологического отделения.

53. Должности медицинских регистраторов устанавливаются из расчета: по 1 должности на каждые 5 должностей врачей-судебно-медицинских экспертов по освидетельствованию живых лиц и на каждые 5 должностей врачей-судебно-медицинских экспертов,

4.3. Младший медицинский персонал

56. Должности санитарок (санитаров) устанавливаются из расчета:

- 0,5 должности - на каждую должность врача-судебно-медицинского эксперта по освидетельствованию живых лиц и на каждую должность врача-судебно-медицинского эксперта по исследованию трупов;
- 0,5 должности - на каждую должность врача-судебно-медицинского эксперта в отделе судебно-медицинского исследования вещественных доказательств (судебно-медицинская лаборатория);

5. Сроки производства экспертизы

57. Сроки проведения экспертиз определяются их видом, объемом и характером экспертных исследований. Длительность срока исполнения экспертиз зависит от видов проводимых различных лабораторных исследований. Продолжительность экспертизы не должна превышать одного месяца со дня получения от органов дознания, следователя, прокурора или суда всех необходимых материалов.

58. Сроки производства экспертиз могут составлять:

- при производстве повторных, комиссионных, комплексных экспертиз - до 30 суток, в пределах двух месяцев производство по материалам дела большого объема, требующих сложных исследований с привлечением в производство нескольких врачей других специальностей;
- при экспертизе трупов - до 30 суток, но не более чем через трое суток после получения последнего ре-

должностей врачей-судебно-медицинских экспертов вместо одной из этих должностей.

Примечание:

Заведующий отделением отдела судебно-медицинского исследования вещественных доказательств (судебно-медицинская лаборатория) выполняет работу эксперта при наличии в штате отделения должностей врачей-судебно-медицинских экспертов (включая должность заведующего):

- 3-4 должности - в объеме 75% нагрузки эксперта;
- 5-6 должностей - в объеме 50% нагрузки эксперта;
- 7 и более должностей - выполняет только особо сложные экспертизы.

производящих исследования трупов.

54. Должности лаборантов всех отделений отдела судебно-медицинского исследования вещественных доказательств (судебно-медицинская лаборатория) устанавливаются из расчета: 1 должность на каждую должность врача-судебно-медицинского эксперта.

55. Должность медицинской сестры, фельдшера или лаборанта устанавливается из расчета - 1 должность на каждую должность врача-судебно-медицинского эксперта в районах (городах где нет центра), включая должности заведующих районными (межрайонными, городскими) отделениями судебно-медицинской экспертизы.

Примечание:

Медрегистратору не обязательно иметь медицинское образование, в районном (городском) отделении судмедэкспертизы, если нет врача судмедэксперта, то нет необходимости в медрегистраторе, медсестре и лаборанте.

- 1 должность - на каждую должность врача-судебно-медицинского эксперта в районах (городах, где нет центра), включая должности заведующих районными (межрайонными, городскими) отделениями судебно-медицинской экспертизы.

Для обслуживания морга, производящего прием трупов круглые сутки, дополнительно устанавливаются 2-3 должности санитарок (санитаров) при работе с возможностью сна в ночное время суток.

зультата дополнительных методов лабораторных исследований;

- при экспертизе живых лиц, требующих дополнительных исследований и медицинской документации - до 30 суток;

- при экспертизе живых лиц, не требующих дополнительных исследований и медицинской документации - до 5 суток.

59. В случаях, когда производство экспертизы невозможно завершить в установленный срок, судебно-медицинский эксперт, через руководителя органа судебной экспертизы, должен в письменном виде предупредить об этом лицо (орган), назначившее экспертизу, указав причину и ориентировочный срок ее завершения, но не более одного месяца. При судебно-медицинском освидетельствовании потерпевших, обвиняемых и других лиц - не более 5 суток.

Утверждены
постановлением Правительства
Кыргызской Республики
от 12 января 2012 года № 33

ПРАВИЛА

судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью

1. Общие положения

1. Судебно-медицинское определение тяжести вреда здоровью производится в соответствии с уголовным и уголовно-процессуальным законодательством Кыргызской Республики и настоящими Правилами.

2. С медико-юридической точки зрения, под вредом здоровью следует понимать нарушение анатомической целостности или физиологической функции органов и тканей человека, возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды: механических, химических, физических, биологических, психических.

3. Судебно-медицинскую экспертизу тяжести вреда здоровью проводят только на основании постановления следователя, прокурора или по определению суда. При наличии письменного поручения органов прокуратуры, дознания и суда может проводиться судебно-медицинское освидетельствование.

4. При судебно-медицинской экспертизе тяжести вреда здоровью составляют "Заключение эксперта", а при судебно-медицинском освидетельствовании - "Акт судебно-медицинского освидетельствования".

5. Судебно-медицинскую экспертизу (освидетельствование) тяжести вреда здоровью проводит судебно-медицинский эксперт путем медицинского обследования освидетельствуемого. При этом обязательно устанавливается личность освидетельствуемого по паспорту или иному заменяющему его документу; предъявленный освидетельствуемым паспорт или заменяющий его документ указывают в "Заключении эксперта" ("Акте"). В отдельных случаях личность освидетельствуемого может быть удостоверена работниками судебно-следственных органов. При невозможности удостоверить личность указанными способами - наклеивается фотография освидетельствуемого(ой) на титульный лист "Заключения" ("Акта") и заверяют печатью отдела.

6. При проведении судебно-медицинской экспертизы (освидетельствования) эксперт должен использовать подлинные медицинские документы. В исключительных случаях допускается использование копий и выписок (представленных судебно-следственными органами), при условии отражения в последних исчерпывающих сведений о вреде здоровью и их клиническом течении. Эти документы должны быть заверены подписью врача и печатью лечебной организации.

7. Если необходимые медицинские документы эксперту не представлены, он заявляет лицу или органу, назначившему экспертизу, ходатайство о предоставлении соответствующих материалов. В необходимых случаях судебно-медицинский эксперт, помимо непосредственного обследования потерпевших, может направлять их в лечебные организации для проведения консультаций, клинического и инструментального обследований.

8. Руководители и врачи лечебно-профилактических организаций обязаны оказывать судебно-медицинскому эксперту, проводящему судебно-медицин-

скую экспертизу, содействие в проведении консультаций, клинического и инструментального обследований. Полученные при этом данные эксперт отражает в "Заключении эксперта" ("Акте") и вправе использовать их при формулировании выводов.

9. При проведении судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью судебно-медицинский эксперт обязан дать ответы на все вопросы, содержащиеся в постановлении (определении суда), за исключением тех, для решения которых эксперт не располагает необходимыми данными, либо которые выходят за пределы его компетенции.

10. При производстве судебно-медицинского освидетельствования судебно-медицинский эксперт должен выявить и описать имеющиеся повреждения, их характер с медицинской точки зрения (ссадины, кровоподтеки, раны и др.), локализацию, свойства, давность и механизм. Другие вопросы решают только при проведении судебно-медицинской экспертизы.

11. Уголовный кодекс Кыргызской Республики различает три степени вреда здоровью: тяжкий вред здоровью, менее тяжкий вред здоровью и легкий вред здоровью. Кроме того, Уголовный кодекс Кыргызской Республики предусматривает особый способ причинения вреда здоровью - истязание.

12. Квалифицирующими признаками тяжести вреда здоровью являются:

- вред здоровью, опасный для жизни;
- длительность расстройства здоровья;
- стойкая утрата общей трудоспособности;
- утрата какого-либо органа или утрата органом его функций;
- утрата зрения, речи, слуха;
- прерывание беременности;
- неизгладимое обезображение лица;
- психическая болезнь или иное расстройство здоровья.

Для установления тяжести вреда здоровью достаточно наличия одного из квалифицирующих признаков. При наличии нескольких квалифицирующих признаков тяжесть вреда здоровью устанавливается по тому признаку, который соответствует большей степени тяжести вреда здоровью.

13. Опасным для жизни является вред здоровью, угрожающий жизни в момент нанесения или при обычном его течении, заканчивающийся смертью. Предотвращение смертельного исхода в результате оказания медицинской помощи не изменяет оценку вреда здоровью как опасного для жизни.

14. Длительность расстройства здоровья определяют по продолжительности временной утраты трудоспособности (временной нетрудоспособности). При экспертизе тяжести вреда здоровью учитывают как временную, так и стойкую утрату трудоспособности.

15. С судебно-медицинской точки зрения, утрату общей трудоспособности следует считать либо при определенном исходе, либо при длительности расстройства здоровья свыше 120 дней.

16. При определении процента стойкой утраты общей трудоспособности судебно-медицинский эксперт руководствуется таблицей стойкой утраты трудоспособности.

Стойкая утрата общей трудоспособности заключается в необратимой утрате функций в виде ограничения жизнедеятельности (потеря врожденных и приобретенных способностей человека к самообслуживанию) и трудоспособности человека независимо от его квалификации и профессии (специальности) (потеря врожденных и приобретенных способностей человека к действию, направленному на получение социально значимого результата в виде определенного продукта, изделия или услуги).

17. У детей утрату трудоспособности определяют исходя из общих положений, установленных настоящими Правилами.

18. Длительность временной нетрудоспособности определяют с учетом данных, содержащихся в медицинских документах. Судебно-медицинский эксперт, оценивая характер и продолжительность заболевания или нарушения функций, связанных с причиненным вредом здоровью, должен исходить из объективных медицинских данных, в том числе установленных в процессе проведения экспертизы.

Судебно-медицинский эксперт должен критически оценивать данные медицинских документов, так как длительность лечения потерпевшего может быть не обоснована характером травмы. Если продолжительность заболевания, указываемая в медицинских документах, не отвечает характеру причиненного телесного повреждения и не подтверждается объективными данными, эксперт отмечает в своих выводах это обстоятельство и устанавливает степень вреда здоровью, исходя из имеющихся данных.

С другой стороны, может иметь место отказ потерпевшего от листка нетрудоспособности и преждевременный выход на работу по личному желанию. Во всех этих случаях судебно-медицинский эксперт должен оценивать продолжительность заболевания и его тяжесть, исходя из объективных данных.

19. При производстве судебно-медицинской экспертизы в отношении живого лица, имеющего какое-либо предшествующее травме заболевание либо повреждение части тела с полностью или частично ранее утраченной функцией, учитывается только вред, причиненный здоровью человека, вызванный травмой и причинно с ней связанный.

20. Ухудшение состояния здоровья человека, вызванное характером и тяжестью травмы, отравления, заболевания, поздними сроками начала лечения, его возрастом, сопутствующей патологией и другими причинами, не рассматривается как причинение вреда здоровью.

21. Ухудшение состояния здоровья человека, обу-

2. Тяжкий вред здоровью

28. Признаком тяжкого вреда здоровью является опасный для жизни вред здоровью, а при отсутствии этого признака - последствия причинения вреда здоровью:

- потеря зрения, речи, слуха;
- потеря какого-либо органа либо утрата органом его функций;
- неизгладимое обезображение лица;
- значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть;

словленное дефектом оказания медицинской помощи, рассматривается как причинение вреда здоровью.

22. При наличии повреждений, возникших от неоднократных травматических воздействий, причиненных свидетелем нескольким лицам, тяжесть вреда здоровью оценивают отдельно.

В случаях, когда множественные повреждения взаимно отягощают друг друга, производят совокупную оценку тяжести вреда здоровью.

При разной давности возникновения повреждений оценку тяжести каждого из них производят отдельно.

23. При повреждении части тела с полностью или частично ранее утраченной функцией учитывают только последствия травмы.

24. При повреждении здоровой парной части тела или парного органа оценке подлежат только последствия причиненной травмы, без учета нарушенной функции одноименной парной части тела или одноименного другого парного органа.

25. В случаях наступления смерти судебно-медицинский эксперт обязан провести оценку тяжести вреда здоровью.

26. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, не определяется, если:

- в процессе медицинского обследования живого лица, изучения материалов дела и медицинских документов сущность вреда здоровью определить не представляется возможным;

- на момент медицинского обследования живого лица не ясен исход вреда здоровью, не опасного для жизни человека;

- живое лицо, в отношении которого назначена судебно-медицинская экспертиза, не явилось и не может быть доставлено на судебно-медицинскую экспертизу, либо живое лицо отказывается от медицинского обследования;

- медицинские документы отсутствуют, либо в них не содержится достаточных сведений, в том числе результатов инструментальных и лабораторных методов исследований, без которых не представляются возможным судить о характере и степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

В подобных случаях судебно-медицинский эксперт в своих выводах излагает причины, не позволяющие определить тяжесть вреда здоровью, указывает, какие сведения необходимы ему для решения этого вопроса (медицинские документы, результаты дополнительных исследований и др.), а также определяет срок повторного освидетельствования.

27. Составление каких-либо предварительных выводов, содержащих предположительное суждение о степени тяжести вреда здоровью, не разрешается.

"Заключение эксперта" ("Акт судебно-медицинского освидетельствования") выдают на руки лицу, назначившему экспертизу под роспись.

- прерывание беременности;
- психическая болезнь или иное расстройство здоровья.

Примечание:

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

3. Вред здоровью, опасный для жизни

29. Вред здоровью, опасный для жизни человека, который по своему характеру непосредственно создает угрозу для жизни, а также вред здоровью, вызвавший развитие угрожающего жизни состояния (далее - вред здоровью, опасный для жизни человека).

Вред здоровью, опасный для жизни человека, создающий непосредственно угрозу для жизни:

1) рана головы (волосистой части, века и окологлазничной области, носа, уха, щеки и височно-нижнечелюстной области, других областей головы), проникающая в полость черепа, в том числе без повреждения головного мозга;

2) перелом свода (лобной, теменной костей) и (или) основания черепа: черепной ямки (передней, средней или задней) или затылочной кости, или верхней стенки глазницы, или решетчатой кости, или клиновидной кости, или височной кости, за исключением изолированной трещины наружной костной пластинки свода черепа и переломов лицевых костей: носа, нижней стенки глазницы, слезной косточки, скуловой кости, верхней челюсти, альвеолярного отростка, небной кости, нижней челюсти;

3) внутричерепная травма: разможжение вещества головного мозга; диффузное аксональное повреждение головного мозга; ушиб головного мозга тяжелой степени; травматическое внутримозговое или внутрижелудочковое кровоизлияние; ушиб головного мозга средней степени или травматическое эпидуральное, или субдуральное, или субарахноидальное кровоизлияние при наличии общемозговых, очаговых и стволовых симптомов;

4) рана шеи, проникающая в просвет глотки или гортани, или шейного отдела трахеи, или шейного отдела пищевода; ранение щитовидной железы;

- открытые и закрытые переломы хрящей гортани; щитовидного или перстневидного; или черпаловидного, или надгортанного, или рожковидного, или трахеальных хрящей с разрывами слизистой, сопровождавшиеся шоком тяжелой степени либо расстройствами дыхания или иными угрожающими жизни явлениями;

5) перелом шейного отдела позвоночника: перелом тела или двусторонний перелом дуги шейного позвонка, или перелом тела II шейного позвонка, или односторонний перелом дуги I или II шейного позвонка, или множественные переломы шейных позвонков, в том числе без нарушения функции спинного мозга;

6) вывих одного или нескольких шейных позвонков; травматический разрыв межпозвоночного диска на уровне шейного отдела позвоночника со сдавлением спинного мозга;

7) ушиб шейного отдела спинного мозга с нарушением его функций;

8) рана грудной клетки, проникающая в плевральную полость или в полость перикарда, или в клетчатку средостения, в том числе без повреждения внутренних органов;

9) закрытое повреждение (разможжение, отрыв, разрыв) органов грудной полости: сердца или легкого, или бронхов, или грудного отдела трахеи, травматический гемоперикард или пневмоторакс, или гемоторакс, или гемопневмоторакс; диафрагмы или лимфатического грудного протока, или вилочковой железы;

10) множественные двусторонние переломы ребер с нарушением анатомической целостности каркаса грудной

клетки или множественные односторонние переломы ребер по двум и более анатомическим линиям с образованием подвижного участка грудной стенки по типу "реберного клапана";

11) перелом грудного отдела позвоночника; перелом тела или дуги одного грудного позвонка с нарушением функции спинного мозга либо нескольких грудных позвонков;

12) вывих грудного позвонка; травматический разрыв межпозвоночного диска в грудном отделе со сдавлением спинного мозга;

13) ушиб грудного отдела спинного мозга с нарушением его функций;

14) рана живота, проникающая в брюшную полость, в том числе без повреждения внутренних органов;

15) закрытое повреждение (разможжение, отрыв, разрыв): органов брюшной полости - селезенки или печени, или (и) желчного пузыря, или поджелудочной железы, или желудка, или тонкой кишки, или ободочной кишки, или прямой кишки, или большого сальника, или брыжейки толстой и (или) тонкой кишки; органов брюшного пространства - почки, надпочечника, мочеточника;

16) рана нижней части спины и (или) таза, проникающая в забрюшинное пространство, с повреждением органов забрюшинного пространства: почки или надпочечника, или мочеточника, или поджелудочной железы, или нисходящей и горизонтальной части двенадцатиперстной кишки, или восходящей и нисходящей ободочной кишки;

17) перелом пояснично-крестцового отдела позвоночника, тела или дуги одного либо нескольких поясничных и (или) крестцовых позвонков с синдромом "конского хвоста";

18) вывих поясничного позвонка; травматический разрыв межпозвоночного диска в поясничном, пояснично-крестцовом отделе с синдромом "конского хвоста";

19) ушиб поясничного отдела спинного мозга с синдромом "конского хвоста";

20) повреждение (разможжение, отрыв, разрыв) тазовых органов: открытое и (или) закрытое повреждение мочевого пузыря или перепончатой части мочеиспускательного канала, или яичника, или маточной (фаллопиевой) трубы, или матки, или других тазовых органов (предстательной железы, семенных пузырьков, семявыносящего протока);

21) рана стенки влагалища или прямой кишки, или промежности, проникающая в полость и (или) клетчатку малого таза;

22) двусторонние переломы переднего тазового полукольца с нарушением непрерывности: переломы обеих лобковых и обеих седалищных костей типа "бабочки"; переломы костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца в заднем отделе: вертикальные переломы крестца, подвздошной кости, изолированные разрывы крестцово-подвздошного сочленения; переломы костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца в переднем и заднем отделах: односторонние и двусторонние вертикальные переломы переднего и заднего отделов таза на одной стороне (перелом Мальгёна); диагональные переломы - вертикальные переломы в переднем и заднем отделах таза на противоположных сторонах (перелом Воллюмье); различные сочетания переломов костей и разрывов сочленений таза в перед-

нем и заднем отделах;

23) рана, проникающая в позвоночный канал шейного или грудного, или поясничного, или крестцового отдела позвоночника, в том числе без повреждения спинного мозга и "конского хвоста";

24) открытое или закрытое повреждение спинного мозга: полный или неполный перерыв спинного мозга; размождение спинного мозга;

25) повреждение (разрыв, отрыв, рассечение, травматическая аневризма) крупных кровеносных сосудов: аорты или сонной артерии (общей, наружной, внутренней), или подключичной, или подмышечной, или плечевой, или подвздошной (общей, наружной, внутренней), или бедренной, или подколенной артерии и (или) сопровождающих их магистральных вен;

26) тупая травма рефлексогенных зон: области гортани, области каротидных синусов, области солнечного сплетения, области наружных половых органов при наличии клинических и морфологических данных;

27) термические или химические, или электрические, или лучевые ожоги III-IV степени, превышающие 15 процентов поверхности тела; ожоги III степени, превышающие 20 процентов поверхности тела; ожоги II степени, превышающие 30 процентов поверхности тела; ожоги меньшей площади, сопровождавшиеся развитием ожоговой болезни; ожоги дыхательных путей с явлением отека и сужением голосовой щели;

28) ожоги химическими соединениями (концентрированными кислотами, едкими щелочами, различными прижигающими веществами) вызывающие, помимо местного, общетоксическое действие, угрожающее жизни;

29) отморожения III-IV степени с площадью поражения, превышающей 15 процентов поверхности тела; отморожения III степени с площадью поражения, превышающей 20 процентов поверхности тела; отморожения II степени с площадью поражения, превышающей 30 процентов поверхности тела;

30) лучевые поражения, проявляющиеся острой лучевой болезнью тяжелой и крайне тяжелой степени.

30. Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью (далее - угрожающее жизни состояние):

- 1) шок тяжелой (III-IV) степени;
- 2) кома II-III степени различной этиологии;
- 3) острая, обильная или массивная кровопотеря;
- 4) острая сердечная и (или) сосудистая недостаточность тяжелой степени, или тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения;
- 5) острая почечная или острая печеночная, или острая надпочечниковая недостаточность тяжелой степени, или острый панкреонекроз;
- 6) острая дыхательная недостаточность тяжелой степени;
- 7) гнойно-септическое состояние: сепсис или перитонит, или гнойный плеврит, или флегмона;
- 8) расстройство регионального и (или) органного кровообращения, приводящее к инфаркту внутреннего органа или гангрене конечности; эмболия (газовая, жировая, тканевая, или тромбоземболия) сосудов головного мозга или легких;
- 9) острое отравление химическими и биологическими веществами медицинского и немедицинского

применения, в том числе наркотиками или психотропными средствами, или снотворными средствами, или препаратами, действующими преимущественно на сердечно-сосудистую систему, или алкоголем и его суррогатами, или техническими жидкостями, или токсическими металлами, или токсическими газами, или пищевое отравление, вызвавшее угрожающее жизни состояние, приведенные в подпунктах 1-8 настоящего пункта;

10) различные виды механической асфиксии; последствия общего воздействия высокой или низкой температуры (тепловой удар, солнечный удар, общее перегревание, переохлаждение организма); последствия воздействия высокого или низкого атмосферного давления (баротравма, кессонная болезнь); последствия воздействия технического или атмосферного электричества (электротравма); последствия других форм неблагоприятного воздействия (обезвоживание, истощение, перенапряжение организма), вызвавшие угрожающее жизни состояние, приведенные в подпунктах 1-8 настоящего пункта.

31. Потеря зрения - полная стойкая слепота на оба глаза или такое необратимое состояние, когда в результате травмы, отравления либо иного внешнего воздействия у человека возникло ухудшение зрения, что соответствует остроте зрения, равной 0,04 и ниже.

Потеря зрения на один глаз представляет собой утрату органом его функций и относится к тяжкому вреду здоровью.

Посттравматическое удаление одного глазного яблока, обладавшего зрением до травмы, также оценивается по признаку стойкой утраты общей трудоспособности.

Определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, в результате потери слезного глаза проводится по признаку длительности расстройства здоровья.

32. Потеря речи - необратимая потеря способности выражать мысли членораздельными звуками, понятными для окружающих.

33. Потеря слуха - полная стойкая глухота на оба уха или такое необратимое состояние, когда человек не слышит разговорную речь на расстоянии 3-5 см от ушной раковины.

Потеря слуха на одно ухо как утрата органом его функций относится к тяжкому вреду здоровью.

34. Потеря какого-либо органа или утрата органом его функций:

- 1) потеря руки или ноги, т.е. отделение их от туловища или стойкая утрата ими функций (паралич или иное состояние, исключающее их функции); потеря кисти или стопы приравнивается к потере руки или ноги;
- 2) потеря производительной способности, выражающаяся у мужчин в способности к совокуплению или оплодотворению, у женщин - в способности к совокуплению или зачатию, или вынашиванию, или деторождению;
- 3) потеря одного яичка.

35. Прерывание беременности - прекращение течения беременности независимо от срока, вызванное причиненным вредом здоровью, с развитием выкидыша, внутриутробной гибелью плода, преждевременными родами либо обусловившее необходимость медицинского вмешательства.

Прерывание беременности в результате заболевания матери и плода должно находиться в прямой причинно-следственной связи с причиненным вредом

здоровью и не должно быть обусловлено индивидуальными особенностями организма женщины и плода (заболеваниями, патологическими состояниями), которые имелись до причинения вреда здоровью.

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

36. Психическое расстройство (как "временное психическое расстройство", так и "хроническое психическое расстройство"), возникновение которого должно находиться в причинно-следственной связи с причиненным вредом здоровью, т.е. быть его последствием.

37. Диагностика психического или иного расстройства здоровья осуществляется психиатрической, наркологической и токсикологической экспертизами, но их связь с полученной травмой, а также оценка тяжести вреда здоровью вследствие психического заболевания или иного расстройства здоровья производится комиссией судебно-медицинских экспертов, в которую при необходимости включается психиатр, нарколог, токсиколог (под психическим расстройством следует понимать психическое заболевание (психическая болезнь); в группу психических заболеваний не должны включаться заболевания, связанные с повреждением нервной системы, реактивные состояния (психозы, неврозы); повреждение квалифицируется как тяжкий вред здоровью, если только оно повлекло за собой развитие психического заболевания, вне зависимости от длительности его течения и степени излечимости).

38. Неизгладимое обезображивание лица. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, выразившегося в неизгладимом обезображивании его лица, определяется судом.

Производство судебно-медицинской экспертизы ограничивается лишь установлением неизгладимости данного повреждения, а также его медицинских последствий.

Под неизгладимыми изменениями следует понимать такие повреждения лица, которые с течением времени не исчезают самостоятельно (без хирургического устранения рубцов, деформацией, нарушений

4. Менее тяжкий вред здоровью

40. Признаками менее тяжкого вреда здоровью являются:

- 1) отсутствие опасности для жизни;
- 2) отсутствие последствий, указанных в статье 104 Уголовного кодекса Кыргызской Республики (раздел 2 настоящих Правил);
- 3) длительное расстройство здоровья;
- 4) значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть.

5. Легкий вред здоровью

43. Признаком легкого вреда здоровью являются:

- 1) кратковременное расстройство здоровья;
- 2) незначительная стойкая утрата общей трудоспособности.

44. Легкий вред здоровью подразделяется: - причинение легкого вреда здоровью, повлекшего за собой кратковременное расстройство здоровья непосредственно связанное с повреждением, продолжительностью более 7 дней, но не свыше 3 недель (не

миимики и прочее, либо под влиянием нехирургических методов) и для их устранения требуется оперативное вмешательство (например, косметическая операция).

39. Значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть (стойкая утрата общей трудоспособности свыше 33 процентов).

К тяжкому вреду здоровья, вызывающему значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть, независимо от исхода и оказания (неоказания) медицинской помощи, относят следующие повреждения:

- 1) открытый перелом плечевой кости: внутрисуставной (головки плеча) или околосуставной (анатомической шейки, под- и чрезбугорковый), или хирургической шейки или диафиза плечевой кости;
- 2) открытый перелом костей, составляющих локтевой сустав;
- 3) открытый или закрытый перелом вертлужной впадины со смещением;
- 4) открытый или закрытый перелом проксимального отдела бедренной кости: внутрисуставной (перелом головки и шейки бедра) или внесуставной (межвертельный, чрезвертельный переломы), за исключением изолированного перелома большого и малого вертелов;
- 5) открытый или закрытый перелом диафиза бедренной кости;
- 6) открытый или закрытый перелом костей, составляющих коленный сустав, за исключением надколенника;
- 7) открытый перелом диафиза большеберцовой кости;
- 8) открытый или закрытый перелом лодыжек обеих берцовых костей в сочетании с переломом суставной поверхности большеберцовой кости и разрывом дистального межберцового синдесмоза с подвывихом и вывихом стопы;
- 9) компрессионный перелом двух и более смежных позвонков грудного или поясничного отдела позвоночника с нарушением функции спинного мозга и тазовых органов;
- 10) открытый вывих плеча или предплечья, или кисти, или бедра, или голени, или стопы с разрывом связочного аппарата и капсулы сустава.

41. Под длительным расстройством здоровья следует понимать непосредственно связанную с повреждением временную утрату трудоспособности, продолжительностью свыше 3 недель (более 21 дня).

42. Под значительной стойкой утратой трудоспособности менее чем на одну треть следует понимать стойкую утрату трудоспособности от 10 процентов до 33 процентов включительно.

более 21 дня) или незначительную стойкую утрату общей трудоспособности до 10 процентов;

- причинение легкого вреда здоровью, не повлекшее за собой кратковременное расстройство здоровья, продолжительностью менее 7 дней, или незначительную стойкую утрату общей трудоспособности.

Примечание к разделам "Менее тяжкий вред здоровью" и "Легкий вред здоровью".

Перелом костей носа оценивается как легкий вред здо-

ровью, в случаях нарушения носового дыхания оценка проводится по судебно-медицинской таблице процента утраты трудоспособности.

Закрытые переломы хрящевой части ребер и 11, 12 ребра оцениваются по длительности расстройства здоровья.

6. Истязания

45. Истязания представляют собой действия, в результате которых может возникнуть вред здоровью.

46. Судебно-медицинский эксперт не устанавливает факт истязания. Однако он должен определить:

- тяжесть вреда здоровью, причиненного истязаниями, под которыми понимают причинение физических или психических страданий путем систематического нанесения побоев либо иными насильственными действиями (длительное причинение боли щипанием,

сечением, причинением множественных, в том числе небольших повреждений тупыми или острыми предметами, вырыванием волос, воздействием термических факторов и другие аналогичные действия);

- наличие, характер повреждений, их локализацию, орудие и механизмы возникновения повреждений, давность и не одновременность их нанесения, тяжесть вреда здоровью в случаях причинения его способом, носящим характер истязания.

Приложение
к Правилам судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью

Таблица процентов стойкой утраты общей трудоспособности

№ п/п	Последствия различных травм	Процент стойкой утраты трудоспособности
1. Центральная и периферическая нервная система		
1	Остаточные явления тяжелой черепно-мозговой травмы: частые эпилептические припадки (не реже одного раза в неделю), выраженное слабоумие, параличи, нарушение процессов узнавания (агнозия), нарушение целенаправленного действия (апраксия), резкое нарушение речи (афазия), отсутствие координации движений (атаксия), резкие вестибулярные и мозжечковые расстройства	100
2	Остаточные явления тяжелой черепно-мозговой травмы: значительное расстройство объема движений и силы в конечностях, резкое или значительное нарушение координации, значительное расстройство тонуса мышц, значительное ослабление памяти и снижение интеллекта, частые эпилептические припадки (не реже одного раза в месяц)	75
3	Остаточные явления тяжелой черепно-мозговой травмы (повреждения костей свода и основания черепа; эпидуральных и субдуральных гематом, субарахноидальных кровоизлияний, ушиба головного мозга), а также наличие трепанационного дефекта, в том числе и закрытого пластиной:	
	а) органическое поражение нескольких черепно-мозговых нервов, значительное нарушение координации, выраженное повышение тонуса мышц и силы в конечностях, снижение интеллекта, ослабление памяти, эпилептические припадки (4-10 раз в год); наличие трепанационного дефекта площадью не менее 20 кв.см;	60
	б) органическое поражение нескольких черепно-мозговых нервов, умеренное нарушение координации, умеренное повышение тонуса мышц и силы в конечностях, нерезко выраженные двигательные расстройства, редкие эпилептические припадки (2-3 раза в год), наличие трепанационного дефекта площадью не менее 10 кв.см;	45
	в) органическое поражение нескольких черепно-мозговых нервов, расстройство обоняния, вкуса, легкие нарушения координации, легкое повышение тонуса мышц и силы в конечностях, умеренные двигательные расстройства, умеренные нарушения чувствительности, единичные эпилептические припадки, наличие трепанационного дефекта площадью не менее 4 кв.см	30
4	Остаточные явления черепно-мозговой травмы, перелома костей свода черепа, ушибы мозга, эпидуральные гематомы, субарахноидального кровоизлияния:	
	а) отдельные очаговые симптомы - неравенство глазных щелей, отклонение языка, нистагм, сглаженность носогубной складки и др., а также трепанационный дефект площадью не менее 4 кв.см;	20
	б) вегетативные симптомы - тремор век и пальцев рук, высокие сухожильные рефлексы, вазомоторные нарушения и др.	15
5	Остаточные явления сотрясения головного мозга:	
	а) отдельные объективные признаки - сглаженность носогубной складки, неравенство глазных щелей, отклонение языка и др.;	10
	б) вегетативные симптомы, установленные при освидетельствовании, - выраженный тре-	-

№ п/п	Последствия различных травм	Процент стойкой утраты трудоспособности
	мор век и пальцев рук, высокие сухожильные рефлексы, вазомоторные нарушения (вегето-сосудистая дистония)	
6	Нарушение функции спинного мозга на уровне шейного, грудного или поясничного отделов позвоночника:	
	а) грубые расстройства чувствительности, движений в конечностях (пара и тетраплегии), резкие нарушения функции тазовых органов, грубые нарушения трофики, нарушения сердечно-сосудистой деятельности и дыхания;	100
	б) значительные расстройства чувствительности, движений в конечностях (выраженные монопарезы или умеренно выраженные монопарезы), нерезко выраженная спастичность, нарушения трофики и функции тазовых органов;	60
	в) умеренные нарушения чувствительности, сухожильных рефлексов, легкие монопарезы корешкового или спинального характера, нерезко выраженные атрофии мышц и нарушения движений, умеренные нарушения трофики и функции тазовых органов;	40
	г) частичное нарушение проводниковой функции спинного мозга с легкими расстройствами чувствительности, сухожильных рефлексов, без нарушения движений в конечностях, а также функции тазовых органов и трофики	15
7	Нарушение функции "конского хвоста":	
	а) резкие нарушения чувствительности в зоне иннервации соответствующего корешка или группы корешков, выпадение движений, значительное нарушение функции тазовых органов - трофические расстройства (язвы, цианоз, отеки);	40
	б) значительные расстройства чувствительности, гиперпатия, гипералгезия, выраженный болевой синдром, нарушение рефлекторной дуги (снижение или выпадение рефлексов), грубая атрофия мышц соответственно иннервации области корешков, умеренные вегетативные расстройства (похолодание конечностей), умеренные нарушения функции тазовых органов;	20
	в) легкие расстройства чувствительности без нарушения рефлексов и движений в конечностях, без нарушения трофики и функции тазовых органов (болевой синдром)	5
8	Травматический радикулит различной локализации (в результате прямой травмы позвоночника)	5
9	Нарушение функции тройничного, лицевого и подъязычного нервов (при периферических повреждениях):	
	а) легкая степень - умеренные нарушения функции;	15-10
	б) средняя степень - значительные нарушения функции;	25-20
	в) сильная степень - резкие нарушения функции	
10	Нарушения функции шейного и плечевого сплетений и их нервов:	
	а) легкое нарушение чувствительности и рефлексов без двигательных расстройств, атрофии, парезов, контрактур;	5
	б) легкое выпадение движений, снижение силы, чувствительности, нерезко выраженная атрофия мышц;	15-10
	в) значительное выпадение движений, значительное снижение силы и расстройство чувствительности, значительная атрофия мышц;	25-20
	г) резкое нарушение движений, чувствительности, нарушения трофики, трофические язвы	40-30
11	Нарушение функции поясничного и крестцового сплетений и их нервов:	
	а) легкие нарушения чувствительности и рефлексов без двигательных расстройств, атрофии, парезов, контрактур;	5
	б) легкое выпадение движений, снижение силы, чувствительности, нерезко выраженная атрофия мышц;	10
	в) значительное выпадение движений, значительное снижение силы: расстройство чувствительности, значительная атрофия мышц;	25
	г) резкие нарушения движений, чувствительности, трофики, трофические язвы	40
2. Органы зрения		
12	Паралич аккомодации:	
	а) одного глаза;	15
	б) обоих глаз	30

№ п/п	Последствия различных травм	Процент стойкой утраты трудоспособности
13	Одноименная гемианопсия (выпадение половины поля зрения)	10
14	Концентрическое сужение поля зрения: в каждом глазу: до 60 град.; до 30 град.; до 5 град. Неконцентрическое сужение поля зрения: в каждом глазу: до 50 град.; до 25 град.; до 5 град. Примечание: если в двух глазах, то % суммируется	10
		20
		30
		5
		10
		15
		10
		20
		25
		50
15	Опущение века (птоз) и др. Параличи глазных мышц, дефект век, мешающий закрытию глазной щели, а также сращение век: а) одного глаза: в средней степени (веко закрывает верхнюю половину зрачка); в сильной степени (веко закрывает зрачок полностью); б) обоих глаз: в средней степени (веки закрывают верхние половины зрачков); в сильной степени (веки закрывают зрачки полностью)	10
		20
		25
		50
		20
		30
		40
		35
		60
		85
17	Конъюнктивит (кератит) установленный при освидетельствовании: а) одного глаза; б) обоих глаз	5
		10
18	Иридоциклит или хориоретинит: а) одного глаза; б) обоих глаз	10
		20
19	Нарушение функции слезо-проводных путей: а) рубцовая непроходимость слезных каналов или слезо-носового канала; б) травматический дакриоцистит	10
		20
20	Полная потеря зрения: а) единственного глаза, обладающего зрением; б) обоих глаз, обладавших зрением	20
		65
21	Удаление в результате травмы глазного яблока, не обладавшего зрением	100
22	Последствия перелома орбиты: а) без повреждения мышц и смещения глазного яблока; б) с повреждением глазных мышц и смещением глазного яблока	-
		10
23	Снижение остроты зрения каждого глаза в результате травмы: Острота зрения до травмы	20
		Острота зрения после травмы
		1,0
	0,9	4
	0,8	5

№ п/п	Последствия различных травм	Процент стойкой утраты трудоспособности
	0,7	5
		5
		10
		10
		15
		20
		25
		30
		35
		0,00
	0,9	4
		5
		5
		10
		10
		15
		20
		25
		30
		0,00
	0,8	4
		5
		10
		10
		15
		20
		25
		30
		35
		0,00
	0,7	4
		5
		10
		10
		15
		20
		25
		30
		35
		0,00
	0,6	4
		5
		10
		10
		15
		20
		25
		30
		35
		0,00
	0,5	4
		5
		5
		10
		15
		20
		25
		30
		35
		0,00

№ п/п	Последствия различных травм	Процент стойкой утраты трудоспособности
	0,4	4
	0,3	5
	0,2	10
	0,1	15
	менее 0,1	20
	0,3	4
	0,2	5
	0,1	10
	менее 0,1	15
	0,2	5
	0,1	10
	менее 0,1	10
	0,1	5
	0,0	10
	менее 0,1	10
	0,0	5
	0,0	10
	0,0	10
Примечание: К полной слепоте (0,0) приравнивается острота зрения ниже 0,1 и до светоощущения (счет пальцев у лица)		

3. Органы слуха

24	Посттравматическое гнойное воспаление среднего уха (типа мезотимпанита): а) одного уха; б) обеих ушей	5 10
25	Посттравматический эптитимпанит или эптитимпанит, осложненный холестеатомой, грануляциями: а) одного уха; б) обеих ушей	10 20
26	Объективные нарушения вестибулярной функции в результате травмы: а) легкая степень - неуверенность походки, головокружение при поворотах головы и наклонах туловища; б) средняя степень - бледность, приступы головокружения с тошнотой, рвотой (не реже шести раз в год), неуверенность походки; в) сильная степень - многократные, продолжительные приступы головокружения с выраженными вегетативными реакциями, неуверенность походки	10 30 50
27	Отсутствие до 1/3 части ушной раковины, вызывающее ее деформацию. Отсутствие одной ушной раковины или части ее (1/3 и более). Отсутствие двух ушных раковин. Примечание: если в результате травмы произошел разрыв барабанной перепонки и наступило снижение слуха, процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренные пунктом 28 настоящей таблицы. Пункт 27 настоящей таблицы при этом не применяется	5 15 30
28	Понижение слуха одного уха: а) шепотная речь на расстоянии не более одного метра, разговорная от 1 до 3 м, понижение слуха на 30-50 дБ на частотах 500, 1000, 2000, 4000 гц; б) шепотная речь - 0, разговорная речь - до 1 м, понижение слуха на 60-80 дБ, на частотах 500, 1000, 2000, 4000 гц; в) полная глухота - шепотная и разговорная речь - 0. Посттравматический разрыв барабанной перепонки, не повлекший за собой снижение слуха	5 15 35 5

4. Дыхательная система

29	Отсутствие носа (костей: хряща и мягких тканей)	35
----	---	----

№ п/п	Последствия различных травм	Процент стойкой утраты трудоспособности
30	Отсутствие мягких тканей носа (крыльев и кончика)	15
31	Нарушение носового дыхания: а) средняя степень - значительное одностороннее, умеренное двухстороннее; б) сильная степень - резкое одностороннее, значительное двухстороннее; в) полное двухстороннее - резкая деформация носа, гнусавость	10 15 30
32	Нарушение функции гортани или трахеи в результате их повреждения: а) легкая степень - осиплость голоса при физической нагрузке; б) средняя степень - дисфония, нарушение дыхания (одышка) в покое; в) сильная степень - постоянное ношение трахеостомической трубки, афония (потеря голоса)	10 35 60
33	Остаточные явления после травматического плеврита, гемоторокса, пневмоторокса, повреждения легкого и т.д. сопровождающиеся уменьшением дыхательной поверхности легкого, ателектаз, нагноительные процессы с развитием легочной недостаточности: а) умеренно выраженной - легкой степени (одышка, акроцианоз при незначительной физической нагрузке, учащение пульса); б) значительно выраженной - средней степени (одышка, синюшность лица при незначительной физической нагрузке, снижение артериального давления, увеличение печени, пульсация в эпигастральной области); в) резко выраженной - сильной степени (одышка в покое, резкая одышка при незначительной физической нагрузке, синюшность, застойные явления в легких - мраморность кожи, расширенная сеть венных сосудов).	15 30 60
34	Удаление части легкого	40
35	Удаление легкого	60
36	Деформация грудной клетки, явившаяся результатом травмы: а) умеренное ограничение подвижности при акте дыхания; б) значительное ограничение подвижности при акте дыхания; в) резкое ограничение подвижности при акте дыхания	15 30 40
37	Деформация грудины в результате ее перелома: а) умеренная - без нарушения функции органов средостения и акта дыхания; б) значительная - с ограничением подвижности грудной клетки при акте дыхания; в) резкая - с нарушением функции органов средостения	10 20 35

5. Сердечно-сосудистая система

38	Сердечно-сосудистая недостаточность вследствие ранения сердца, его оболочек или крупных магистральных сосудов: а) I степени - учащение пульса, одышка после физической нагрузки, увеличение размеров сердца, отеки; б) II степени - значительная одышка, застойные явления в легких и печени, постоянные отеки, асцит, набухание вен шеи; в) III степени - нарушение ритма дыхания, застойные явления в легких, выпот в сердечной сорочке, асцит, цирроз печени и др.	30 60 90
39	Нарушение кровообращения вследствие повреждения крупных периферических сосудов: а) легкая степень - умеренная отечность, снижение пульсации; б) средняя степень - значительная отечность, синюшность, резкое ослабление пульсации; в) сильная степень - резкая отечность, синюшность, лимфостаз, трофические нарушения (язвы)	10 15 20

6. Органы пищеварения

40	Нарушение акта жевания в результате перелома скуловой кости, верхней или нижней челюсти, а также вывиха нижней челюсти: а) легкая степень - умеренное нарушение прикуса и акта жевания; б) средняя степень - значительное нарушение прикуса и акта жевания;	10 15
----	---	----------

№ п/п	Последствия различных травм	Процент стойкой утраты трудоспособности
	в) сильная степень - резкое нарушение прикуса и открывания рта; деформация челюсти	20
41	Отсутствие части верхней или нижней челюсти. Примечание: отсутствие альвеолярного отростка челюсти не дает основания для применения критерия стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренного п.41 настоящей таблицы, и установления процента стойкой утраты общей трудоспособности	40
42	Отсутствие челюсти. Примечание: 1. Проценты стойкой утраты общей трудоспособности, указанные в п.п. 41-42 настоящей таблицы, учитывают и потерю зубов независимо от их количества. 2. В тех случаях, когда травма нижней или верхней челюсти сопровождалась повреждением других органов ротовой полости, глотки или гортани, процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется с учетом повреждения этих органов в соответствии с критериями стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренными соответствующими пунктами настоящего Перечня, путем суммирования процентов	80
43	Отсутствие языка: а) на уровне дистальной трети; б) на уровне средней трети; в) полное	15 35 70
44	Потеря постоянных зубов: а) 1 зуба; б) 2-3 зубов; в) 4-6 зубов; г) 7-10 зубов; д) 11 и более зубов. Примечание: 1. Перелом зуба в результате травмы приравнивается к его потере. 2. При потере в результате травмы протезированных несъемными протезами зубов процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется с учетом потери только опорных зубов. При потере в результате травмы съемных протезов процент стойкой утраты общей трудоспособности не определяется. 3. При потере молочных зубов у детей процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется только в том случае, если по заключению врача-стоматолога травмированный молочный зуб в дальнейшем не будет заменен постоянным. 4. Перелом коронок зубов или вывих зубов, пораженных болезнями кариозного (кариес, пульпит, периодонтит) или не кариозного происхождения (гипоплазия эмали, флюороз), в том числе пломбированных, рассматривается как патологический, в таких случаях процент стойкой утраты общей трудоспособности не определяется. 5. Перелом зуба (менее 1/4 коронки) в результате травмы приравнивается к его потере. 6. При потере зубов в результате перелома челюсти процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренными пунктами 40 и 44 настоящего Перечня, путем суммирования процентов	- 5 10 20 25
45	Сужение рта, образование слюнной фистулы: а) легкая степень; б) средняя степень; в) сильная степень	10 20 30
46	Сужение пищевода или глотки в результате ожога или ранения: а) умеренное - затруднение при прохождении твердой пищи (диаметр просвета в области сужения 0,6-1,5 см); б) значительное - затруднение при прохождении мягкой пищи (диаметр просвета в области сужения 0,3-0,5 см); в) резкое - затруднение при прохождении жидкой пищи диаметр просвета в области сужения 0,2 см и менее; г) непроходимость (гастростома)	25 40 70 90

№ п/п	Последствия различных травм	Процент стойкой утраты трудоспособности
47	Нарушение функции органов пищеварения в результате травмы, острого отравления: а) холецистит, дуоденит, гастрит, панкреатит, энтерит, колит, проктит, парапроктит; б) спаячная болезнь, спаячная непроходимость, состояние после операции по поводу спаячной непроходимости, рубцовое сужение прямой кишки и заднепроходного отверстия; в) кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ; г) противоестественный задний проход (колостома)	15 30 50 75
48	Удаление желчного пузыря в результате травмы	35
49	Удаление части печени в результате травмы	35
50	Удаление селезенки в результате травмы	35
51	Удаление желудка в результате травмы	80
52	Удаление части желудка, поджелудочной железы или кишечника	35

7. Мочеполовая система

53	Удаление почки в результате травмы	50
54	Нарушение функции мочевыделительной системы: а) цистит, уретрит, пиелостаз, пиелонефрит, умеренное сужение мочеточника, мочеиспускательного канала; б) значительное сужение мочеточника, мочеиспускательного канала, уменьшение объема мочевого пузыря; в) мочеполовые свищи, непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала. Примечание. Если в результате травмы наступит нарушение функций двух или более органов мочевыделительной системы, процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется по одному из критериев стойкой утраты общей трудоспособности, учитывающих наиболее выраженные из установленных нарушений функций мочеполовой системы	10 25 40
55	Последствия поврежденных органов мочеполовой системы с учетом тяжести повреждения: а) легкая степень - умеренное сужение мочеиспускательного канала; б) средняя степень - значительное сужение мочеиспускательного канала; в) тяжелая степень - непроходимость уретры, ректовагинальные и (или) уретровагинальные свищи	15 30 50

8. Мягкие ткани

56	Рубцы в результате ожогов, отморожений или ранений, расположенные на лице и (или) переднебоковой поверхности шеи: а) занимающие до 10% указанной поверхности; б) занимающие 10-20%; в) занимающие 20-30%; г) более 30% данной поверхности. Примечания: 1. Условные анатомические границы области лица: верхняя - край волосистого покрова головы в норме; боковая - передний край основания ушной раковины, задний край ветви нижней челюсти; нижняя - угол и нижний край тела нижней челюсти. При производстве судебно-медицинской экспертизы границы области лица включают ушные раковины. 2. К косметическим заметным рубцам относятся рубцы, отличающиеся по окраске от окружающей кожи, выступающие над ее поверхностью, стягивающие ткани. 3. Обезображивание - это резкое изменение естественного вида лица человека в результате воздействия внешних причин. При этом обосновывается вывод о неизгладимости повреждения	5 15 25 35
57	Наличие на туловище, конечностях (без нарушения функции суставов), волосистой части головы рубцов, образовавшихся в результате различных травм: а) площадью от 5 кв.см до 0,5% поверхности тела; б) площадью от 0,5 до 2% поверхности тела; в) площадью от 2 до 4% поверхности тела; г) площадью от 4 до 6% поверхности тела;	5 10 15 20

№ п/п	Последствия различных травм	Процент стойкой утраты трудоспособности
	д) площадью от 6 до 8% поверхности тела;	25
	е) площадью от 8 до 10% поверхности тела;	30
	ж) площадью от 10% и более.	35
	Примечания: 1. При нарушении функции сустава в результате образования рубцов процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями, перечисленными в соответствующих пунктах настоящей Таблицы. Критерии, указанные в настоящем пункте, при этом не применяются и площадь рубцов, вызвавших контрактуру, при определении общей площади рубцовых изменений не учитывается. 2. Один процент поверхности тела равен площади ладонной поверхности кисти и пальцев пострадавшего. 3. При определении площади рубцов следует учитывать и рубцы, образовавшиеся на месте взятия кожного аутотрансплантата для замещения дефекта пораженного участка кожи	

9. Опорно-двигательный аппарат

9.1. Позвоночник

58	Нарушение функции позвоночника в результате травмы любого его отдела (за исключением копчика): а) легкая степень - умеренное ограничение подвижности без деформации с умеренно выраженным болевым синдромом; б) средняя степень - значительное ограничение подвижности, умеренная деформация, болевой синдром; в) сильная степень - резкое ограничение подвижности, значительная деформация, болевой синдром	15 30 50
59	Удаление копчика или части его в результате травмы	20

9.2. Верхняя конечность

П Л

9.3. Лопатки и ключица

60	Нарушение функции плечевого пояса в результате перелома лопатки, ключицы, разрыва ключично-акромиального или грудино-ключичного сочленений: а) легкая степень - умеренная деформация, гипотрофия мышц, снижение силы конечности, умеренное ограничение движений в плечевом суставе; б) средняя степень - значительная деформация, гипотрофия, значительное ограничение движений в плечевом суставе; в) сильная степень - резкая деформация, резкая атрофия мышц плечевого пояса, резкое ограничение движений в плечевом суставе	10 10 20 15 25 20
----	--	-------------------------

9.4. Плечевой сустав

61	Анкилоз (неподвижность) плечевого сустава	40 30
62	Болтающийся плечевой сустав в результате резекции части плечевой кости или лопатки в связи с травмой	60 50
63	Ограничение движений в плечевом суставе (контрактура): а) легкая степень - умеренно выраженная контрактура; отведение руки кпереди (сгибание) - 170 град. - 120 град.; отведение руки кзади (разгибание) - 60 град. - 40 град.; отведение руки в сторону - 150 град. - 120 град.; б) средняя степень - значительно выраженная контрактура; отведение руки кпереди (сгибание) - 115 град. - 75 град.; отведение руки кзади (разгибание) - 35 град. - 30 град.; отведение руки в сторону - 115 град. - 75 град.; в) сильная степень - резко выраженная контрактура;	10 10 20 15 30 25

№ п/п	Последствия различных травм	Процент стойкой утраты трудоспособности
	отведение руки кпереди (сгибание) - меньше 75 град.; отведение руки кзади (разгибание) - меньше 30 град.; отведение руки в сторону - меньше 75 град. Примечание: объем движений в плечевом суставе в норме: отведение руки кпереди (сгибание) - 180 град.; отведение руки кзади (разгибание) - 60 град. - 70 град.; отведение руки в сторону - 180 град. Ротация: внутренняя - 90 град., наружная - 50 град.	
64	Привычный вывих плеча. Примечание: при вывихе плеча, повлекшим за собой нарушение функции плечевого сустава, процент постоянной утраты общей трудоспособности определяется по п.63	20 15

9.5. Плечо

65	Отсутствие верхней конечности и лопатки (или части ее)	80 75
66	Отсутствие верхней конечности после экзартикуляции в плечевом суставе или культы на уровне верхней трети плеча	75 70
67	Культа плеча на уровне средней или нижней трети	70 65
68	Ложный сустав или несросшийся перелом плечевой кости	40 35

9.6. Локтевой сустав

69	Болтающийся локтевой сустав в результате резекции костей, составляющих его	50 40
70	Анкилоз (неподвижность) локтевого сустава: а) в функционально выгодном положении (угол от 60 град. до 90 град.); б) в функционально невыгодном положении (угол меньше 60 град. или больше 90 град.)	35 30 40 35
71	Ограничение движений в локтевом суставе (контрактура): а) легкая степень - умеренно выраженная контрактура; сгибание 50 град. - 60 град.; разгибание 175 град. - 160 град.; б) средняя степень - значительно выраженная контрактура; сгибание 65 град. - 90 град.; разгибание 155 град. - 140 град.; в) сильная степень - резко выраженная контрактура; сгибание - меньше 90 град.; разгибание - меньше 140 град. Примечание: Объем движений в локтевом суставе в норме: сгибание - 30 град. - 40 град., разгибание - 180 град., ротация - 180 град.	10 10 20 15 30 25

9.7. Предплечье

72	Отсутствие предплечья в результате экзартикуляции в локтевом суставе или культы на уровне верхней трети его	70 65
73	Культа предплечья на уровне средней или нижней трети	65 60
74	Ложный сустав, несросшийся перелом: а) одной кости предплечья; б) обеих костей предплечья. Примечание: при несросшемся переломе одной кости предплечья и сросшемся переломе второй, постоянная утрата общей трудоспособности определяется по п.74 настоящей таблицы	25 20 40 35
75	Нарушение функции предплечья: а) легкая степень - умеренное нарушение пронации и супинации (до 60 град.) без ограничения движений в локтевом и лучезапястном суставах, гипотрофия мышц;	10 10

№ п/п	Последствия различных травм	Процент стойкой утраты трудоспособности
	б) средняя степень - значительное нарушение пронации и супинации (до 45 град.), умеренная деформация, умеренное ограничение движений в локтевом, лучезапястном суставах;	15 15
	в) сильная степень - резкое нарушение пронации и супинации (до 30 град.), значительная деформация, значительное ограничение движений в локтевом, лучезапястном суставах	25 20

9.8. Лучезапястный сустав

76	Анкилоз лучезапястного сустава: а) в функционально выгодном положении; б) в функционально невыгодном положении	30 25 40 35
77	Ограничение движений в лучезапястном суставе (контрактура): а) легкая степень - умеренно выраженная контрактура; сгибание 140 град. - 160 град., разгибание 145 град. - 150 град.; б) средняя степень - значительно выраженная контрактура; сгибание 155 град. - 160 град., разгибание 155 град. - 160 град.; в) сильная степень - резко выраженная контрактура; сгибание - меньше 160 град., разгибание - меньше 160 град. Примечание: Объем движений в лучезапястном суставе в норме: сгибание - 50 град. - 75 град., разгибание - 50 град. - 70 град. Отсчет ведется от 0 град.	10 10 15 15 25 20

9.9. Кисть

9.9.1. Запястье, пясть

78	Отсутствие кисти на уровне запястья или пястных костей	65 60
79	Ложные суставы или несросшиеся переломы костей запястья или пястных костей (см. п.41)	15 10
80	Нарушение функции кисти в результате травмы запястья, пясти (деформация, снижение мышечной силы, нарушение хватательной способности): а) легкая степень - умеренно выраженное; б) средняя степень - значительно выраженное; в) сильная степень - резко выраженное	10 5 15 10 20 15

9.9.2. Пальцы кисти

9.9.2.1. Первый (большой) палец

81	Значительные дефекты мягких тканей ногтевой фаланги, вызвавшей ее деформацию	5 5
82	Культя на уровне: а) ногтевой фаланги; б) межфалангового сустава; в) основной фаланги	10 10 15 15 20 15
83	Отсутствие пальца	25 20
84	Отсутствие пальца с пястной костью или части ее	30 25
85	Анкилоз (неподвижность) межфалангового сустава: а) в функционально выгодном (полусогнутом) положении пальца; б) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении пальца	10 10 15 10
86	Анкилоз (неподвижность) двух суставов: а) в функционально выгодном (полусогнутом) положении пальца; б) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении пальца	15 10 20 15
87	Анкилоз (неподвижность) запястно-пястного сустава и двух суставов пальца: а) в функционально выгодном (полусогнутом) положении пальца; б) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении пальца	20 15 25 20
88	Нарушение функции пальца вследствие контрактуры:	

№ п/п	Последствия различных травм	Процент стойкой утраты трудоспособности
	а) умеренно выраженной или тугоподвижности;	10 10
	б) значительно выраженной в функционально выгодном (полусогнутом) положении;	15 10
	в) резко выраженной в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении	20 15

9.9.2.2. Второй (указательный) палец

89	Значительные дефекты мягких тканей ногтевой фаланги, вызвавшие ее деформацию, а также культи на уровне дистальной половины ногтевой фаланги	5 5
90	Культи на уровне: а) проксимальной половины ногтевой фаланги или второго (дистального) межфалангового сустава; б) средней фаланги или первого (проксимального) межфалангового сустава; в) основной фаланги или пястно-фалангового сустава (отсутствие пальца)	10 10 15 10 25 15
91	Отсутствие пальца с пястной костью или частью ее	25 20
92	Нарушение функции пальца: а) умеренно выраженная контрактура или тугоподвижность суставов или сустава пальца, а также анкилоз второго (дистального) межфалангового сустава; б) контрактура пальца в функционально выгодном (полусогнутом) положении; а также анкилоз первого (проксимального) или пястно-фалангового сустава; в) контрактура пальца в функционально невыгодном (согнутом или выпрямленном) положении, а также анкилоз двух или трех суставов	10 5 15 10 20 15

9.9.2.3. Третий (средний), четвертый (безымянный) и пятый (мизинец) пальцы

93	Культи на уровне: а) ногтевой фаланги или второго (дистального) межфалангового сустава; б) средней фаланги или первого (проксимального) межфалангового сустава; в) основной фаланги или пястно-фалангового сустава (отсутствие пальца)	5 5 10 10 15 10
94	Отсутствие пальца с пястной костью или частью ее	15 15
95	Нарушение функции пальца: а) умеренно выраженная контрактура или тугоподвижность суставов или сустава пальца, а также анкилоз второго (дистального) межфалангового сустава; б) контрактура пальца в функционально выгодном (полусогнутом) положении, а также анкилоз первого (проксимального) или пястно-фалангового сустава подтвержденных рентгенологически данными; в) контрактура пальца в функционально невыгодном (согнутом или выпрямленном) положении, а также анкилоз двух или трех суставов подтвержденных рентгенологически данными	5 5 10 10 15 15

9.9.2.4. Несколько пальцев одной кисти

96	Отсутствие двух пальцев кисти: а) первого и второго (I+II); б) первого с третьим, четвертым или пятым (I+III), (I+IV), (I+V); в) второго с третьим, четвертым или пятым (II+III), (II+IV), (II+V); г) третьего с четвертым или пятым (III+IV), (III+V); д) четвертого с пятым (IV+V)	45 40 40 35 35 30 30 25 30 35
97	Отсутствие трех пальцев кистей: а) первого и второго с третьим, четвертым или пятым (I+II+III), (I+II+IV), (I+II+V); б) первого и третьего с четвертым или пятым (I+III+IV), (I+III+V); в) первого и четвертого с пятым (I+IV+V); г) второго и третьего с четвертым (II+III+IV); д) второго и четвертого с пятым (II+IV+V); е) третьего и четвертого с пятым (III+IV+V)	55 50 50 45 50 45 45 40 45 40 40 35

№ п/п	Последствия различных травм	Процент стойкой утраты трудоспособности
98	Отсутствие четырех пальцев кисти: а) первого, второго и третьего с четвертым или пятым (I+II+III+IV), (I+II+III+V); б) первого, второго, четвертого и пятого (I+II+IV+V); в) первого, третьего, четвертого и пятого (I+III+IV+V); г) второго, третьего, четвертого и пятого (II+III+IV+V). Примечание: При отсутствии двух и более пальцев с пястными костями или частью их процент стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренный пунктам 97, 98 и 99 настоящего Перечня, увеличивается независимо от количества пальцев на 5% однократно	60 55 60 55 55 50 50 45
99	Отсутствие всех пальцев кисти	65 60
100	Нарушение функции пальцев кисти: а) умеренное ограничение движений в суставах: - двух пальцев; - трех пальцев; - четырех пальцев; - пяти пальцев; б) значительное ограничение движений в суставах, а также анкилозы дистальных межфаланговых суставов: - двух пальцев; - трех пальцев; - четырех пальцев; - пяти пальцев; в) резкое ограничение движений в суставах в функционально выгодном (полусогнутом) положении: - двух пальцев; - трех пальцев; - четырех пальцев; - пяти пальцев; г) резкое ограничение движений в суставах в функционально невыгодном (резко согнутом или выпрямленном) положении, а также анкилоз проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов: - двух пальцев; - трех пальцев; - четырех пальцев; - пяти пальцев	10 5 15 10 20 15 25 20 15 10 20 15 25 20 30 25 20 15 25 20 35 30 45 40 25 20 35 30 40 35 50 45
9.10. Таз		
101	Нарушение функции таза в результате перелома костей, разрыва лонного или крестцово-подвздошного сочленений: а) легкая степень - умеренное нарушение статики; б) средняя степень - значительное нарушение статики, ограничение движений в тазобедренном суставе; в) сильная степень - значительное нарушение статики, ограничение движений в обоих тазобедренных суставах	20 30 50
9.11. Нижняя конечность		
9.11.1. Тазобедренный сустав		
102	Анкилоз (неподвижность) тазобедренного сустава: а) в функционально выгодном (разогнутом) положении; б) в функционально невыгодном (согнутом) положении; в) болтающийся тазобедренный сустав в результате резекции головки бедра и/или вер-	45 60 70

№ п/п	Последствия различных травм	Процент стойкой утраты трудоспособности
	лужной впадины	
103	Ограничение движений в тазобедренном суставе (контрактура): а) легкая степень - умеренно выраженная контрактура: сгибание - 80 град., разгибание - 50 град., отведение - 55 град. - 40 град.; б) средняя степень - значительно выраженная контрактура: сгибание - 75 град. - 60 град., разгибание - 45 град. - 35 град., отведение - 35 град. - 30 град.; в) сильная степень - резко выраженная контрактура: сгибание - меньше 60 град., разгибание - меньше 35 град., отведение - меньше 30 град. Примечание: Объем движений в тазобедренном суставе в норме: сгибание - 90 град. - 100 град., разгибание - 60 град. - 70 град., отведение - 60 град.	15 25 35
9.11.2. Бедро		
104	Отсутствие нижней конечности в результате экзартикуляции в тазобедренном суставе или культы бедра на уровне верхней трети	70
105	Культа бедра на уровне средней или нижней трети	60
106	Ложный сустав или несросшийся перелом бедра	55
107	Нарушение функции конечности в результате травмы бедра: а) умеренное нарушение статики, незначительная деформация, умеренное ограничение движений в тазобедренном или коленном суставах; б) значительное нарушение статики, выраженная деформация, умеренное ограничение движений в тазобедренном и коленном суставах или значительное ограничение движений в одном из этих суставов; в) резкое нарушение статики, деформация, значительное ограничение движений в тазобедренном и коленном суставах или резкое ограничение движений в одном из этих суставов	15 30 45
9.11.3. Коленный сустав		
108	Болтающийся коленный сустав	45
109	Анкилоз (неподвижность) сустава: а) в функционально выгодном (разогнутом) положении; б) в функционально невыгодном (согнутом) положении	35 50
110	Избыточная (патологическая) подвижность в суставе в результате разрыва связочного аппарата	10
111	Ограничение движений в коленном суставе (контрактура): а) легкая степень - умеренно выраженная контрактура: сгибание - 80 град. - 85 град., разгибание - 170 град. - 175 град.; б) средняя степень - значительно выраженная контрактура: сгибание - 90 град. - 100 град., разгибание - 165 град. - 150 град.; в) сильная степень - резко выраженная контрактура: сгибание - меньше 100 град., разгибание - меньше 150 град., отведение - меньше 30 град. Примечание: объем движений в коленном суставе в норме: сгибание - 40 град. - 70 град., разгибание - 180 град.	10 20 30
9.11.4. Голень		
112	Отсутствие голени в результате экзартикуляции в коленном суставе или культы на уровне верхней трети голени	60
113	Культа на уровне средней и нижней трети голени	50
114	Ложный сустав или несросшийся перелом костей голени: а) обеих костей; б) большеберцовой кости; в) малоберцовой кости. Примечание: при несросшемся переломе одной кости голени и сросшемся переломе второй кости, постоянная	45 35 10

№ п/п	Последствия различных травм	Процент стойкой утраты трудоспособности
	утрата общей трудоспособности определяется по п.114	
115	Нарушение функции голени: а) легкая степень - умеренное нарушение статики, болевой синдром, незначительная деформация (укорочение на 1-2 см), умеренное ограничение движений в коленном или голеностопном суставах; б) средняя степень - значительное нарушение статики, болевой синдром, отечность, деформация, умеренное ограничение движений в коленном и голеностопном суставе или значительное ограничение движений в одном из этих суставов; в) сильная степень - резкое нарушение статики, болевой синдром, отечность, значительное ограничение движений в коленном и голеностопном суставе или резкое ограничение движений в одном из этих суставов, выраженная деформация	15 25 40
9.11.5. Голеностопный сустав		
116	Болтающийся голеностопный сустав	35
117	Анкилоз (неподвижность) голеностопного сустава: а) в функционально выгодном положении (под углом 90 град. - 96 град.); б) в функционально невыгодном (каком-либо ином) положении	25 35
118	Ограничение движений в голеностопном суставе (контрактура): а) легкая степень - умеренно выраженная контрактура (разгибание - 80-85 град., сгибание - 110-130 град.); б) средняя степень - значительно выраженная контрактура (разгибание - 90-95 град., сгибание - 90-105 град.); в) сильная степень - резко выраженная контрактура (разгибание и в пределах 10 град.). Примечание: объем движений в голеностопном суставе в норме: разгибание - 70-75 град., сгибание - 135-140 град. Отсчет ведется от угла 90 град. - функционально выгодного положения стопы	10 15 20
119	Внутрисуставной перелом костей голеностопного сустава, разрыв связок, вывих стопы без нарушения функции сустава на день освидетельствования	-
9.11.6. Стопа		
120	Отсутствие стопы в результате экзартикуляции в голеностопном суставе или ампутации на уровне предплюсны, пяточной или таранной кости	40
121	Отсутствие дистального отдела стопы в результате ампутации на уровне плюсневых костей	35
122	Нарушение функций стопы в результате перелома таранной или пяточной кости, подтаранного вывиха стопы: а) легкая степень - умеренное нарушение статики, отечность, болевой синдром; б) средняя степень - значительное нарушение статики, выраженный болевой синдром, деформация, умеренное ограничение движений в голеностопном суставе; в) сильная степень - резкое нарушение статики, выраженный болевой синдром, значительная деформация, значительное ограничение движений в голеностопном суставе	10 15 25
123	Нарушение функции стопы в результате ее травмы (перелома костей, вывиха, ранения, ожога, отморожения): а) легкая степень - умеренно выраженное нарушение статики, незначительная деформация, болевой синдром; б) средняя степень - значительно выраженное нарушение статики, выраженная деформация, болевой синдром; в) сильная степень - резкое нарушение статики, значительная деформация, стойкий болевой синдром, в том числе ложный сустав или несросшийся перелом одной или нескольких костей	10 15 20
9.11.7. Пальцы стопы		
124	Отсутствие всех пальцев стопы в результате экзартикуляции в плюсне-фаланговых суставах или ампутации на уровне основных фаланг	25
125	Отсутствие первого пальца с плюсневой костью или частью ее	15

№ п/п	Последствия различных травм	Процент стойкой утраты трудоспособности
126	Отсутствие первого пальца в результате экзартикуляции в плюсне-фаланговом суставе или культи на уровне основной фаланги	10
127	Нарушение функции первого пальца в результате травмы или отсутствие ногтевой фаланги	5
128	Отсутствие, какого-либо пальца стопы в результате экзартикуляции в плюсне-фаланговом суставе или культи на уровне основной фаланги (кроме первого)	5
129	Отсутствие пальца с плюсневой костью или частью ее (кроме первого)	10
130	Нарушение функции пальцев или отсутствие одной-двух фаланг (кроме первого): - одного-двух пальцев; - трех-четырех пальцев	5 10
131	Посттравматический тромбофлебит, лимфостаз, нарушение трофики: а) легкая степень; б) средняя степень; в) сильная степень	5 10 15
132	Травматический остеомиелит, функциональные свищи, нагноительные процессы	10

Утверждена
постановлением Правительства
Кыргызской Республики
от 12 января 2012 года № 33

ИНСТРУКЦИЯ

по применению Правил судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью

1. Общие положения

1. Настоящая Инструкция к судебно-медицинскому определению степени тяжести вреда здоровью разработана в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

2. Судебно-медицинские критерии являются медицинской характеристикой квалифицирующих признаков, которые используются для определения степени тяжести вреда здоровью, при производстве судебно-медицинской экспертизы по гражданским, административным и уголовным делам на основании определения суда, постановления судьи, лица, производящего дознание, следователя.

Судебно-медицинские критерии - это медицинское содержание (медицинская характеристика, медицинская составляющая, медицинский компонент) квалифицирующих признаков степени тяжести вреда здоровью; предусмотренных действующим уголовным законодательством Кыргызской Республики.

3. Медицинские критерии используются для оценки повреждений, обнаруженных при судебно-медицинском обследовании живого лица, исследовании трупа и его частей, а также при производстве судебно-медицинских экспертиз по материалам дела и медицинским документам.

Кроме судебно-медицинской экспертизы живых лиц, оценка степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, производится при судебно-медицинской экспертизе трупа и экспертизе по материалам дела. Приступая к экспертизе по материалам дела, следует заявить ходатайство о представлении на экспертизу пострадавшего. При непосредственном обследовании пострадавшего могут быть обнаружены повреждения (или их следы), не соответствующие записям в медицинских документах по локализации,

числу и характеру повреждений. Если пострадавший не может быть представлен, следователь (прокурор, судья, лицо, производящее дознание) должен в ответ на ходатайство эксперта указать причину невозможности представить пострадавшего для проведения судебно-медицинской экспертизы. Для экспертизы по определению степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, должны быть предоставлены подлинные медицинские документы. В исключительных случаях предоставляются копии, заверенные нотариально, либо органом, назначившим судебно-медицинскую экспертизу.

Степень тяжести вреда здоровью может быть установлена по результатам непосредственного обследования потерпевшего живого человека или исследования мертвого тела. Если к моменту производства экспертизы причиненные повреждения зажили или существенно видоизменились, то объективную информацию о причиненном повреждении можно получить при изучении медицинских документов, в которых даются описание первичного состояния повреждений и динамика клинического развития повреждения.

Если живой пострадавший или мертвое тело не могут быть представлены для экспертного исследования, медицинские документы становятся единственным источником информации о повреждении применительно к задаче установления степени тяжести вреда здоровью.

4. Степень тяжести вреда здоровью определяется в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения врачом-судебно-медицинским экспертом в порядке, установленном законодательством Кыргызской Республики, и в соответствии с Правилами судебно-медицинского определения степени тяжести

сти вреда здоровью.

Медицинские критерии подчеркивают, что степень тяжести вреда здоровью определяется в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения врачом-судебно-медицинским экспертом в соответствии с Правилами судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью, утвержденными настоящим постановлением.

Подтверждением прохождения такой подготовки является сертификат специалиста-судебно-медицинского эксперта. Уровень профессиональной подготовки экспертов определяется квалификационной комиссией Республиканского центра судебно-медицинской экспертизы.

Право заниматься экспертной деятельностью должно подтверждаться каждые 3 года переподготовкой в высшем учебном заведении в период послесреднего образования.

5. Под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, био-

2. Судебно-медицинские критерии квалифицирующих признаков тяжести вреда здоровью

6. Судебно-медицинскими критериями квалифицирующих признаков в отношении тяжкого вреда здоровью являются нижеследующие.

а) Вред здоровью, опасный для жизни человека, который по своему характеру непосредственно создает угрозу для жизни, а также вред здоровью, вызвавший развитие угрожающего жизни состояния (далее - вред здоровью, опасный для жизни человека).

Судебно-медицинские критерии устанавливают две разновидности вреда, опасного для жизни человека:

- вред здоровью, непосредственно создающий угрозу жизни;

- вред здоровью, вызывающий развитие угрожающего жизни состояния.

Под вредом здоровью, непосредственно создающим угрозу жизни человека, понимаются такие повреждения (нарушения анатомических структур и физиологических функций), которые при обычном клиническом течении могут закономерно завершиться смертельным исходом, т.е. между повреждением и последовавшим смертельным исходом существует прямая причинно-следственная связь.

Угрожающее жизни состояние - это такое непосредственно вызванное повреждением расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и без применения специальных мер медицинской помощи закономерно заканчивается смертью.

Под обычным клиническим течением повреждения понимается один из типовых вариантов развития травматической болезни, не связанный с индивидуальными особенностями организма пострадавшего (наличие у него тяжелых сопутствующих соматических или инфекционных заболеваний, иммунной неполноценности, астенизации и т.п.).

Под непосредственной угрозой жизни человека понимается наличие прямой причинной связи между причиненным повреждением и смертью. О прямой причинной связи можно судить только в том случае, если без причинения повреждения (в условиях конкретно рассматриваемой ситуации) смерть наступить не могла.

Опасность для жизни создается в момент причине-

логических и психогенных факторов внешней среды.

Определение вреда здоровью человека внешним воздействием повторяет судебно-медицинское понятие "повреждение (травма)", т.е. вред здоровью является синонимом понятия "повреждения" как материального следствия какого-то внешнего травмирующего воздействия. Именно такое понимание вреда здоровью определяет суть судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести вреда здоровью, заключающуюся в необходимости изначально установить факт и степень нарушения анатомических структур и физиологических функций.

Степень тяжести вреда здоровью всегда устанавливается по отношению к живому человеку: при производстве экспертизы и живого лица, и трупа, и по материалам дела. Поэтому при определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, эксперт решает единую задачу, устанавливая как характер нарушения анатомических структур, так и сущность и степень нарушения физиологических функций организма.

ния повреждения или развития угрожающего жизни состояния, т.е. оказанная медицинская помощь, которая предотвратила в конкретном случае смертельный исход, не влияет на констатацию факта опасности для жизни.

Судебно-медицинские критерии содержат исчерпывающий перечень повреждений и угрожающих жизни состояний в виде конкретных нозологических единиц. Поэтому, если после специального диагностического судебно-медицинского исследования эксперт устанавливает нозологическую единицу, входящую в перечень вреда здоровью, создающего непосредственную угрозу жизни или вызывающего угрожающее жизни состояние, он тем самым определяет квалифицирующий признак - опасность для жизни.

б) Вред здоровью, опасный для жизни человека, создающий непосредственно угрозу для жизни.

1) Рана головы (волосистой части, века и окологлазничной области, носа, уха, щеки и височно-нижнечелюстной области, других областей головы), проникающая в полость черепа, в том числе без повреждения головного мозга.

Решающим признаком является повреждение твердой мозговой оболочки, ограничивающей полость черепа. Повреждение твердой мозговой оболочки может быть установлено непосредственно во время ревизии раны, хирургической операции, при проведении специальных инструментальных исследований (например, магнитно-резонансной томографии) и опосредованно при наличии специфических симптомов (ликворрея, выпадение в рану мозгового детрита и т.п.).

Рана может располагаться в любой области головы: и на волосистой части, и на лице. Рана может выражаться в нарушении целостности кожи, черепа и твердой мозговой оболочки. Рана может проникать в полость черепа через естественные наружные отверстия с повреждением костей и твердой мозговой оболочки (полость рта, носовые ходы, наружные слуховые проходы) или глазницу. Рана может проникать в полость черепа без повреждения костей черепа: через кожу и анатомическое отверстие в основании черепа (рваное, овальное, круглое и др.).

2) Перелом свода (лобной, теменной костей) и

(или) основания черепа: черепной ямки (передней, средней или задней), или затылочной кости, или верхней стенки глазницы, или решетчатой кости, или клиновидной кости, или височной кости, за исключением изолированной трещины наружной костной пластинки свода черепа и переломов лицевых костей: носа, нижней стенки глазницы, слезной косточки, скуловой кости, верхней челюсти, альвеолярного отростка, небной кости, нижней челюсти.

Помимо лобной и теменной свода черепа образует затылочная, височная и клиновидная кости - их переломы также должны оцениваться как опасные для жизни.

Включаются как открытые, так и закрытые переломы свода или основания черепа. Факт перелома доказывается при его обнаружении во время ревизии раны или хирургической операции, или по результатам рентгенологического исследования. В эту группу включаются любые переломы внутренней костной пластинки, полные переломы с повреждением обеих костных пластинок, переломы линейные, оскольчатые, вдавленные, террасовидные, дырчатые, комбинированные. Исключения: единичная изолированная трещина наружной костной пластинки свода черепа, переломы лицевых костей (носовых косточек, носовых раковин, нижней стенки глазницы, слезной косточки, скуловой кости, верхней челюсти, альвеолярного отростка обеих челюстей, небной кости).

К опасным для жизни относятся переломы продырявленной пластинки и петушиного гребня решетчатой кости, участвующие в образовании основания черепа. Переломы остальных элементов решетчатой кости не оцениваются как опасные для жизни.

Переломы латеральной стенки глазницы в верхней части, образованной глазничной поверхностью большого крыла основной (клиновидной) кости, оцениваются как вред здоровью, опасный для жизни. Перелом нижней части латеральной стенки глазницы, образованный глазничной поверхностью скуловой кости, не является опасным для жизни.

Перелом задних отделов медиальной поверхности глазницы, образованной фронтальной пластиной решетчатой кости и латеральной поверхностью основной кости, является опасным для жизни. Изолированный перелом слезной косточки не является опасным для жизни.

Переломы верхнего неба, образованного верхнечелюстными и небными костями, не являются опасными для жизни.

3) Внутричерепная травма: разможжение вещества головного мозга; диффузное аксональное повреждение головного мозга; ушиб головного мозга тяжелой степени; травматическое внутримозговое или внутрижелудочковое кровоизлияние; ушиб головного мозга средней степени или травматическое эпидуральное или субдуральное, или субаракноидальное кровоизлияние при наличии общемозговых, очаговых и стволовых симптомов.

Травматическое разможжение вещества головного мозга проявляется в поверхностном (иногда в более глубоком) разрушении коры головного мозга, что диагностируется при непосредственном осмотре мозга во время хирургической операции или аутопсии, при изучении компьютерных томограмм (далее - КТ) или магнитно-резонансной томографии (далее - МРТ), очаговых бессосудистых участков коры на ангиограммах головного мозга.

Диффузное аксональное повреждение головного мозга доказывается специальным гистологическим исследованием (например, при необходимости определить тяжесть вреда здоровью при исследовании трупа), на компьютерных томограммах при обнаружении мелкоочаговых кровоизлияний в семиовальных ядрах с обеих сторон, в стволовых и перивентрикулярных зонах, в мозолистом теле на фоне общего диффузного отека.

Ушиб головного мозга устанавливается клинически: в остром периоде происходит быстрое развитие тяжелого или очень тяжелого состояния; отмечаются продолжительная потеря сознания - от нескольких часов до суток и недель; симптомы первичного поражения стволового отдела мозга с нарушением жизненно важных функций организма; совокупность неврологических симптомов - плавающие движения глазных яблок, парез зрачка, спонтанный тонический множественный нистагм, миоз, изменение формы зрачка, утрата реакции зрачков на свет, корнеальных и бульбарных рефлексов, дивергенция глаз по вертикальной или горизонтальной оси, меняющийся мышечный тонус, угнетение или возбуждение сухожильных рефлексов, патологические рефлексы; нарушения глотания, отсутствие брюшных рефлексов, паралич, афазия; менингеальные симптомы; возможны судорожные припадки; обратное развитие неврологической симптоматики происходит медленно, с сохранением грубых изменений со стороны психической и двигательной сфер, инструментально выявляются очаги атрофии и скопления кист в коре.

После возвращения сознания сохраняются дезориентированность, оглушенность, патологическая сонливость, сменяемая двигательным или речевым возбуждением, ретро- и (или) антероградная амнезия, нарушения сердечной деятельности, дыхания, терморегуляции и метаболизма.

Инструментальные подтверждения ушиба головного мозга тяжелой степени: на электроэнцефалограмме - нарушения регулярности (альфа)-ритма, сочетание этого нарушения с 8- и 0 активностью в виде "ствольных вспышек"; на реоэнцефалографии - атония мозговых кровеносных сосудов; на эхоэнцефалограмме - стойкое смещение средних структур и дополнительные импульсы; на ангиографии - очаговые бессосудистые зоны; на компьютерной томограмме - очаговое повышение плотности коры.

Помимо сдавления, дислокации и отека головного мозга симптоматика внутримозговых (в белом веществе) гематом зависит от локализации объемного процесса. Как правило, травматические внутримозговые гематомы сочетаются с контузионными очагами поражения коры и внутрижелудочковыми кровоизлияниями. В этом случае отнесение повреждений к опасным для жизни основывается на факте обнаружения очаговых ушибов коры и кровоизлияний в желудочки головного мозга.

Кровоизлияние в желудочки головного мозга приводит к нарушениям функции дизэнцефальных и мезэнцефальных структур стволового отдела мозга: глубокое угнетение сознания, тахипноз, повышение артериального давления, повышение температуры тела, гипергидроз, глазодвигательные нарушения, менингеальный синдром. Непосредственное доказательство факта внутрижелудочкового кровоизлияния возможно при получении крови при пункции желудочков, при компьютерной томографии и ядерно-магнитно-резо-

нанной томографии (далее - ЯМРТ).

Решающим аргументом при отнесении ушибов головного мозга средней степени, эпи-, субдуральных и субарахноидальных кровоизлияний к опасным для жизни является наличие общемозговых, очаговых и стволовых симптомов. Таким образом, изначально клинически, оперативно или инструментально должно быть доказано наличие внутричерепных кровоизлияний, а затем его сочетание с совокупностью общемозговых, очаговых и стволовых симптомов. Общемозговые симптомы: угнетение или утрата сознания, нарастающая головная боль, повторная рвота, психомоторное возбуждение и др. Очаговые симптомы: появление моно- или гемипареза, односторонний мидриаз, нарушение чувствительности, анисокория, контралатеральный гемипарез и др. Стволовые симптомы: нарастающая брадикардия, повышение артериального давления, ограничение зрения вверх, тонический спонтанный нистагм, двусторонние патологические рефлексии и др.

4) Рана шеи, проникающая в просвет глотки, или гортани, или шейного отдела трахеи, или шейного отдела пищевода; ранение щитовидной железы.

В большинстве случаев раны шеи, проникающие в просвет глотки, или гортани, или трахеи, или пищевода, или с повреждением щитовидной железы возникают в результате действия колющих, режущих, колюще-режущих, рубящих предметов, осколочных, пулевых и других снарядных поражений. Такие ранения в обязательном порядке подлежат хирургическому лечению, поэтому доказательство факта одного из перечисленных вариантов ранения шеи достигается в ходе оперативного вмешательства обнаружением сквозного повреждения стенки гортани, или глотки, или трахеи, или пищевода, либо повреждения щитовидной железы.

Открытые и закрытые переломы с хрящей гортани: щитовидного или перстневидного, или черпаловидного, или надгортанного, или рожковидного, или трахеальных хрящей; с разрывами слизистой, сопровождающихся шоком тяжелой степени либо расстройствами дыхания или иными угрожающими жизни явлениями.

Перелом щитовидного, или перстневидного, или черпаловидного, или надгортанного, или рожковидного хряща, или трахеальных хрящей диагностируется рентгенологически. Для отнесения таких переломов к опасным для жизни достаточно установить единичный перелом любого из перечисленных хрящей, независимо от того, является ли перелом открытым или закрытым.

5) Перелом шейного отдела позвоночника: перелом тела или двусторонний перелом дуги шейного позвонка, или перелом зуба II шейного позвонка, или односторонний перелом дуги I или II шейных позвонков, или множественные переломы шейных позвонков, в том числе без нарушения функции спинного мозга.

Перелом тела или двусторонний перелом дуги любого шейного позвонка является опасным как создающий непосредственную угрозу для жизни. Первый шейный позвонок представляет собой неправильное кольцо, образованное передней и задней дугами. Поэтому любой, даже односторонний, перелом передней или задней дуги первого шейного позвонка должен расцениваться как опасный для жизни. Переломы реберно-поперечного, реберного и поперечного отростков первого шейного позвонка не относятся к опасным

для жизни.

Перелом зуба или дуги второго шейного позвонка также создает непосредственную угрозу для жизни. Причем достаточно единичного перелома дуги второго шейного позвонка.

К опасным для жизни относятся двусторонние переломы дуги любого шейного позвонка или множественные (два и более) переломы шейных позвонков независимо от локализации переломов. Не относится к опасным для жизни единичный перелом (переломы) остистого и (или) поперечных отростков одного шейного позвонка.

Доказывается наличие перелома шейных позвонков рентгенологически или в ходе хирургического вмешательства.

6) Вывих одного или нескольких шейных позвонков; травматический разрыв межпозвоночного диска на уровне шейного отдела позвоночника со сдавлением спинного мозга.

Для отнесения к опасному для жизни достаточно установить вывих одного из шейных позвонков независимо от наличия или отсутствия симптомов травматизации спинного мозга.

Подвывих позвонка должен рассматриваться как вариант вывиха позвонка.

Травматический разрыв одного из межпозвоночных дисков на уровне шейного отдела позвоночника расценивается как опасный для жизни только в сочетании со сдавлением шейного отдела спинного мозга. Разрыв межпозвоночного диска доказывается традиционной рентгенографией, КТ и МРТ. Сдавление спинного мозга определяется совокупностью неврологических симптомов: расстройство спинального кровообращения, возникающее вслед за травмой нарушение проводимости ниже уровня сдавления, вялый парез или паралич мышц с арефлексией и сегментальные расстройства ниже уровня поражения, нарушение сердечной деятельности, дыхания и функции тазовых органов. Диагноз сдавления ставится после детального неврологического обследования, люмбальной пункции, спондилографии, миелографии.

7) Ушиб шейного отдела спинного мозга с нарушением его функции.

Ушиб шейного отдела спинного мозга морфологически проявляется внутримозговым кровоизлиянием или размозжением его ткани. Симптоматика определяется неврологическими нарушениями ниже уровня поражения: потеря чувствительности, парезы или параличи мышц, арефлексия ниже уровня поражения, нарушения функции дыхания, сердечной деятельности и функции тазовых органов. Диагностике помогают исследование ликвора, спондилография, миелография.

8) Рана грудной клетки, проникающая в плевральную полость, или в полость перикарда, или в клетчатку средостения, в том числе без повреждения внутренних органов.

Раны грудной клетки, проникающие в плевральную полость, или в полость перикарда, или в клетчатку средостения подлежат обязательному хирургическому лечению. В ходе первичной хирургической обработки производится ревизия раневого канала, устанавливается направление раневого канала, факт наличия или отсутствия повреждения пристеночной плевры или сердечной сорочки, глубина проникновения раневого канала в средостение. Если ранение проникает в плевральную полость или полость перикарда, то такое повреждение оценивается как опасное для жизни да-

же при сохранении целостности легких и (или) сердца. Факт проникновения ранения в плевральную полость подтверждается наличием признаков подкожной эмфиземы, а также пневмотораксом или гемопневмотораксом, выявляемыми рентгенологически или при пункции полости плевры.

9) Закрытое повреждение (размозжение, отрыв, разрыв) органов грудной полости: сердца или легкого, или бронхов, или грудного отдела трахеи; травматический гемоперикард, или пневмоторакс, или гемоторакс, или гемопневмоторакс; диафрагмы; или лимфатического грудного протока, или вилочковой железы.

Травматические отрывы сердца, легкого или трахеи, как правило, завершаются смертельным исходом и при экспертизе живых лиц не встречаются. Ушиб и сотрясение сердца оцениваются в зависимости от наличия или отсутствия угрожающего жизни состояния.

Изолированные травматические отрывы бронхов практически не образуются. Обычно они сочетаются с разрывом легочной ткани и обширными кровоизлияниями в ткань легкого, которые диагностируются по легочному кровотечению, гемопневмотораксу, эндобронхиальному кровотечению и аспирации крови.

Характерные признаки закрытого разрыва трахеи или бронха: расстройство внешнего дыхания, пневмоторакс, эмфизема средостения, подкожная эмфизема, гемоторакс и кровохарканье. Инструментальная диагностика: рентгеноскопия, бронхоскопия, бронхография, рентгенография. Как правило, требуется хирургическое вмешательство, в ходе которого характер травмы трахеи или бронха уточняется.

Травматический гемоперикард, или пневмоторакс, или гемопневмоторакс устанавливаются клинически, рентгенологически, а также получением воздуха и крови при пункции плевральной полости или только крови при пункции полости перикарда. Объективной диагностике содействуют также торакоскопия, ультразвуковое исследование, КТ и МРТ.

О разрывах сердца судят по состоянию пострадавшего: растерянный вид, бледность, холодный пот, остекленевший взгляд, обморочное или полубморочное сознание, признаки тампонады сердца (снижение систолического давления на вдохе на 15 мм рт.ст.; ослабление пульса на вдохе; быстрое и значительное повышение центрального венозного давления, резкое ослабление сердечных тонов, "отсутствие" пульсаций тени сердца при рентгеноскопии, наличие полоски воздуха и горизонтальный уровень жидкости между тенью сердца и перикарда (гемо-пнеumo-перикард), изменения электрокардиограммы). Прямым подтверждением гемо-перикарда является получение крови при пункции полости перикарда.

Разрыв диафрагмы диагностируется по совокупности клинических и рентгенологических симптомов.

Грудной лимфатический проток начинается на уровне второго поясничного позвонка, проходит вдоль позвоночника на передней поверхности тел позвонков позади аорты до седьмого шейного позвонка, поворачивает вперед и влево и впадает в левый венозный угол, образуемый слиянием внутренней яремной и левой подключичной вен. Опасным для жизни является повреждение лимфатического грудного протока на участке грудной клетки, т.е. от входа аорты в грудную полость через диафрагму и до впадения в венозный угол. Повреждения грудного протока могут быть в виде полного разрыва стенки и его полного перерыва. Закрытое повреждение лимфатического грудного прото-

ка обычно сочетается с переломами тел грудных позвонков, поэтому при подозрении на разрыв (или перерыв) грудного протока должен детально рентгенологически обследоваться грудной отдел позвоночника.

Повреждения вилочковой железы возможно выявить лишь у подростков, пока не произошло обратное развитие этой железы.

10) Множественные двусторонние переломы ребер с нарушением анатомической целостности каркаса грудной клетки или множественные односторонние переломы ребер по двум и более анатомическим линиям с образованием подвижного участка грудной стенки по типу "реберного клапана".

Множественные двусторонние переломы ребер предполагают наличие переломов не менее двух левых и не менее двух правых ребер. Анатомически целостность каркаса грудной клетки выражается его неповрежденностью. Поэтому для отнесения переломов ребер к опасным для жизни достаточно установить наличие не менее двух травмированных ребер с каждой стороны, при этом нарушение анатомической целостности каркаса грудной клетки происходит бесспорно.

Второй вариант предусматривает множественные (два и более) односторонние переломы ребер по двум и более анатомическим линиям в сочетании с образованием подвижного участка грудной стенки по типу "реберного клапана". Отличительная особенность этого варианта заключается в том, что "реберный клапан" образуется в том случае, если повреждаются два и более смежных ребра, причем каждое из них повреждается не менее чем по двум анатомическим линиям. В этом случае при вдохе поврежденная часть грудной клетки втягивается, а при выдохе - выбухает. Это приводит к нарастающей дыхательной недостаточности и создает угрозу жизни человека.

11) Перелом грудного отдела позвоночника: перелом тела или дуги одного либо нескольких грудных позвонков с нарушением функции спинного мозга.

Признак представляет собой сочетание перелома тела или дуги грудного позвонка с нарушением функции спинного мозга (исключение составляют переломы поперечных и остистого отростков позвонка). Согласно этому признаку достаточно лишь перелома одного грудного позвонка. Все остальные переломы двух и более грудных позвонков оцениваются как тяжкие при их сочетании с нарушением функции спинного мозга.

Признак не оговаривает степень нарушения функции спинного мозга: "спинальный шок" или "симптомы раздражения" спинного мозга. "Спинальный шок" характеризуется тетра- или параплегией, арефлексией, анестезией по проводниковому типу, приапизмом, нарушением функции тазовых органов и вегетативной функции (пототделения, гемодинамики, кожной температуры, пиломоторных рефлексов и т.д.).

"Симптомы раздражения" спинного мозга: "ломота в костях", пароксизмальный характер болей (кратковременные или многодневные болевые приступы), гипестезия или анестезия, тактильная парестезия (онемение, одеревенелость, "ползание мурашек", "потекание электрического тока"), спастический синдром, защитные рефлексы в форме двигательных синергии, нарушение мочеиспускания и др.

12) Вывих грудного позвонка; травматический разрыв межпозвоночного диска в грудном отделе со сдавлением спинного мозга.

Повреждение является опасным для жизни при на-

личии только вывиха грудного позвонка или только разрыва межпозвонкового диска в сочетании со сдавлением грудного отдела спинного мозга. Симптоматика сдавления спинного мозга совпадает с неврологическими признаками "спинального шока", который достигает наибольшей выраженности в момент травмы из-за изменения конфигурации позвоночного канала при смещении (вывихе) позвонка либо при выпадении в позвоночный канал травмированного межпозвонкового диска. Можно выделить переднее, заднее и боковое сдавление спинного мозга и их сочетания.

Помимо неврологической симптоматики резкое изменение конфигурации позвоночного канала доказываются рентгенологически, КТ или МРТ.

13) Ушиб грудного отдела спинного мозга с нарушением его функции.

Ушиб спинного мозга (гематомиелия) диагностируется по совокупности следующих симптомов, свидетельствующих о нарушении его функции: параличи и парезы с гипотонией мышц, арефлексия, расстройство чувствительности (болевого, глубокой и температурной при сохранении тактильной), расстройство функции тазовых органов, кровь в ликворе. Морфологически ушиб спинного мозга может проявляться подоболочечными и внутримозговыми кровоизлияниями, от объема и повторности которых зависит тяжесть состояния пострадавшего.

14) Рана живота, проникающая в брюшную полость, в том числе без повреждения внутренних органов.

Проникающие в полость брюшины раны возникают от действия острых предметов (чаще всего колющих и колюще-режущих), огнестрельных снарядов (пуль, дроби, картечи и др.), осколков взрывных устройств и т.д. Проникающие в полость брюшины раны живота являются прямым показанием к оперативному вмешательству, в ходе которого и выявляется факт нарушения целостности пристеночной брюшины, что и является доказательством проникающего характера ранения. Если диагноз проникающего в полость брюшины ранения своевременно не был поставлен, то в раннем периоде косвенным признаком проникающего в брюшную полость ранения может быть ограниченный или разлитой перитонит.

Для доказательства проникающего характера ранения применяется специальная методика: вальнорография - контрастирование раневого канала. Водорастворимый контраст (10 мл) вводят непосредственно в раневую канал и выполняют рентгенографию в двух проекциях: попадание контраста в полость брюшины свидетельствует о проникающем характере ранения, а наличие контраста только в подкожной жировой клетчатке и мышечной ткани - о сохранении целостности пристеночной брюшины.

15) Закрытое повреждение (размозжение, отрыв, разрыв) органов брюшной полости: селезенки или печени, или (и) желчного пузыря, или поджелудочной железы, или желудка, или тонкой кишки, или ободочной кишки, или прямой кишки, или большого сальника, или брыжейки толстой и (или) тонкой кишки, органов забрюшинного пространства (почки, надпочечника, мочеточника).

Этот пункт предусматривает три вида повреждений: размозжение, отрыв и разрыв ткани полого или паренхиматозного органа живота или забрюшинного пространства. Каждое из этих повреждений сопровождается кровоизлиянием в окружающие повреждения

ткани. Само по себе кровоизлияние в ткань органа может быть лишь проявлением одного из трех вышеприведенных видов повреждений, но само по себе формально не является повреждением. Поэтому обнаружение кровоизлияния является обстоятельством, диктующим необходимость определить его происхождение: размозжение, отрыв, разрыв.

Надрыв ткани паренхиматозного органа - степень разрыва его ткани должен рассматриваться как тяжелый вред здоровью. Разрыв стенки полого органа - это сквозное нарушение целостности всех слоев, образующих его стенку.

Заподозрить повреждение внутреннего органа живота позволяют синдромы внутреннего кровотечения или перитонита или их сочетание.

Общие симптомы: сильные боли по всему животу с наибольшей выраженностью в области поврежденного органа, тошнота, рвота, защитное мышечное напряжение передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины, при перкуссии "исчезновение" печеночной тупости, появление притупления в отлогих местах живота, подкожная эмфизема, при кровопотере - бледность кожных покровов и слизистых оболочек, учащение пульса, падение артериального давления, вынужденная поза (при изменении позы пострадавший вновь принимает изначальную позу, причиняющую ему наименьшие страдания, например коленно-локтевое положение при повреждении поджелудочной железы или на корточках при внутрибрюшинном разрыве прямой кишки). При повреждении желудка или 12-перстной кишки наблюдается кровь в рвотных массах, при повреждении прямой кишки - кровь в каловых массах, кровь в моче может свидетельствовать о повреждении почек, прекращение мочеиспускания - о разрыве мочевого пузыря.

Эти и другие признаки позволяют лишь заподозрить повреждение внутреннего органа. Доказательство достигается применением инструментальных методов: рентгенографии живота, ультразвукового исследования, лапароскопии, лапароцентеза с использованием поискового катетера или перитонеоскопии.

16) Рана нижней части спины и (или) таза, проникающая в забрюшинное пространство с повреждением органов забрюшинного пространства: почки, или надпочечника, или мочеточника, или поджелудочной железы, или нисходящей и (или) горизонтальной части двенадцатиперстной кишки, или восходящей и нисходящей ободочной кишки.

Основным квалифицирующим признаком является повреждение одного или нескольких органов.

Раны нижней части спины и (или) таза, представляющие собой раневую канал, проникающий в забрюшинное пространство с обязательным повреждением какого-либо органа: почки, или надпочечника, или мочеточника, или поджелудочной железы, или нисходящей или горизонтальной части 12-ти перстной кишки, или нисходящей ободочной кишки. Такие повреждения возникают в основном от действия острых предметов, осколков и огнестрельных снарядов. Указанные ранения являются прямым показанием к хирургическому вмешательству, в ходе которого выявляются реальный объем и характер ранения, объем и характер повреждения каждого органа.

17) Перелом пояснично-крестцового отдела позвоночника: тела, или дуги одного либо нескольких поясничных и (или) крестцовых позвонков с синдромом "конского хвоста".

18) Вывих поясничного позвонка; травматический разрыв межпозвонкового диска в поясничном, пояснично-крестцовом отделе с синдромом "конского хвоста".

19) Ушиб поясничного отдела спинного мозга с синдромом "конского хвоста".

Опасным для жизни является вывих поясничного позвонка.

Ведущим признаком для отнесения других повреждений, приведенных в подпунктах 17, 18 и 19 настоящего пункта, к опасным для жизни является наличие синдрома "конского хвоста", который проявляется параплегией, расстройством чувствительности от паховой складки, нарушением функции тазовых органов (в остром периоде - задержка мочеиспускания), нарушением двигательной функции в нижних конечностях с последующей гипо- и атрофией мышц.

Переломы тела или дуги поясничного позвонка, его вывих, травматический разрыв межпозвонкового диска и их последствия диагностируются на прямой и боковой спондилограммах, КТ и МРТ, с помощью перидурографии или дискографии, ликвородинамических проб, миелографии, введением воздуха в субарахноидальное пространство, ангиографией, эндоскопией, люмбальной пункцией.

20) Повреждение (размозжение, отрыв, разрыв) тазовых органов: открытое и (или) закрытое повреждение мочевого пузыря, или перепончатой части мочеиспускательного канала, или яичника, или маточной (фаллопиевой) трубы; или матки, или других тазовых органов (предстательной железы, семенных пузырьков, семявыносящего протока).

Общие симптомы травмы тазовых органов: разлитые боли по всему животу, наиболее сильные в его нижних отделах, признаки внутреннего кровотечения, симптомы перитонита, шок, коллапс, тошнота, рвота и др.

Признаки повреждения мочевого пузыря: боль в надлобковой области, иррадиирующая в промежность, половой член, прямую кишку; напряжение мышц в надпаховой области; кровь в моче; задержка мочи при частых позывах на мочеиспускание; ложная "кровавая" анурия; болезненность при ощупывании паховых областей и промежности. Истечение мочи в полость брюшины из разрыва мочевого пузыря приводит к развиту перитонита. При внебрюшинных разрывах стенки мочевого пузыря моча истекает в околопузырную клетчатку с образованием мочевых затеков и развитием гнойного воспаления клетчатки. Диагноз подтверждается цистоскопией, восходящей цистографией, лапароцентезом и лапароскопией, ультразвуковым исследованием, КТ.

Основные симптомы поражения уретры: нарушение мочеиспускания, кровь в моче, гематома мошонки и (или) промежности, боль при мочеиспускании, безрезультатные позывы на мочеиспускание, пропитывание мочой окружающей клетчатки с образованием мочевых затеков, а в дальнейшем гнойного воспаления клетчатки. Диагноз подтверждается уретроскопией, контрастной уретрографией с помощью катетера Фолея, КТ.

Основные признаки разрыва матки: боль в животе, резкая болезненность при ощупывании матки, симптомы раздражения брюшины, симптомы внутреннего кровотечения (общая слабость, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, холодный пот, беспокойство, тахикардия, ослабление тонов сердца, сни-

жение артериального давления и др.). Разрывы беременной матки могут приводить к прерыванию беременности или гибели плода. Повреждение яичников и маточных труб сопровождается вышеперечисленными признаками, хотя и выраженными в несколько меньшей степени. Окончательный диагноз ставится после специального гинекологического обследования, лапароскопии, ультразвукового исследования и КТ.

21) Рана стенки влагалища или прямой кишки, или промежности, проникающая в полость и (или) клетчатку малого таза.

Решающим для отнесения повреждения к данному пункту является нарушение целостности всей стенки влагалища или прямой кишки, или промежности в сочетании с нарушением целостности пристеночной брюшины полости малого таза и (или) проникновением раны в клетчатку малого таза (при сохранении целостности брюшины).

Раны стенки влагалища сопровождаются влагалищным и внутренним кровотечением. Гематома может распространяться на наружные половые органы и в клетчатку малого таза. Нарастающая гематома вызывает распирающую боль. Окончательная диагностика достигается специальным вагинальным или ректовагинальным обследованием.

Раны прямой кишки проявляются ректальным кровотечением, быстро развивающимся парапроктитом и перитонитом.

Раны влагалища, прямой кишки и промежности, проникающие в полость малого таза, являются прямым показанием к ревизию раневого канала и оперативному вмешательству, в ходе которого устанавливается повреждение пристеночной брюшины и проникновение ранения в нижний этаж полости брюшины - в полость малого таза, что, в конечном итоге, и создает непосредственную угрозу для жизни, являясь вредом здоровью, опасным для жизни человека.

22) Двусторонние переломы переднего тазового полукольца с нарушением его непрерывности: переломы обеих лобковых и обеих седалищных костей типа "бабочки"; переломы костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца в заднем отделе: вертикальные переломы крестца; подвздошной кости, изолированные разрывы крестцово-подвздошного сочленения; переломы костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца в переднем и заднем отделе: односторонние и двусторонние вертикальные переломы переднего и заднего отделов таза на одной стороне (перелом Мальгены); диагональные переломы - вертикальные переломы в переднем и заднем отделе на противоположных сторонах (перелом Воллюмье); различные сочетания переломов костей и разрывов сочленений таза в переднем и заднем отделе.

К опасному для жизни вреду здоровью, создающему непосредственную угрозу жизни, относят любые переломы, нарушающие непрерывность тазового кольца. К данному разделу не относятся изолированные горизонтальные, косо-горизонтальные переломы подвздошных костей, изолированные переломы одной из ветвей лобковых или седалищных костей.

Общие клинические симптомы переломов тазового кольца: пассивное положение пострадавшего, резкие боли в тазовом кольце при попытках движения ногами, асимметрия таза, ненормальная подвижность и крепитация осколков в области переломов, "укорочение" ног, асимметрия ягодичных складок, симптом Волковича (усиление болей в области таза при попытке ро-

тации согнутых в коленях ног), симптом Маркса (усиление болей в местах переломов при нагрузках на тазовое кольцо в сагиттальном и фронтальном направлениях, вертикальном направлении от бугра седалищной кости к гребню подвздошной кости). Выявляют переломы таза рентгенографией, КТ.

23) Рана, проникающая в позвоночный канал шейного, или грудного, или поясничного, или крестцового отдела позвоночника, в том числе без повреждения спинного мозга и "конского хвоста".

Проникновение колотой, колото-резаной, пулевой, осколочной и т.п. раны в позвоночный канал происходит только в том случае, если повреждающий предмет нарушает целостность твердой мозговой оболочки. Непосредственную угрозу жизни создает само проникновение ранения в позвоночный канал, независимо от прямого травмирования спинного мозга. Доказательством ранения, проникающего в позвоночный канал, могут быть результаты инструментальных исследований (рентгенографии, КТ, МРТ и миелографии), а также факт повреждения твердой мозговой оболочки, выявляемый при хирургической ревизии раневого канала.

24) Открытое или закрытое повреждение спинного мозга: полный или неполный перерыв спинного мозга; размождение спинного мозга.

При повреждении спинного мозга развивается синдром его перерыва: тетра- или парапареза с низким тонусом, арефлексией, анестезией по проводниковому типу, приапизмом, нарушением функции тазовых органов и вегетативных функций ("спинальный шок"). Эти изменения могут быть обратимы в течение нескольких недель или месяцев. При необратимости изменений говорят о полном перерыве спинного мозга. Морфологически проявлением перерыва спинного мозга является его размождение, гематомиелия, локальный поперечный некроз. Доказательством перерыва спинного мозга получают при неврологическом обследовании, рентгенографии, КТ, МРТ, миелографии, люмбальной пункции.

25) Повреждение (разрыв, отрыв, рассечение, травматическая аневризма, артериовенозный свищ) крупных кровеносных сосудов: аорты или сонной артерии (общей, наружной, внутренней), или подключичной, или подмышечной, или плечевой, или подвздошной (общей, наружной, внутренней), или бедренной, или подколенной артерий и (или) сопровождающих их магистральных вен.

Общая клиническая диагностика поврежденных крупных кровеносных сосудов основывается на факте сильного кровотечения непосредственно после ранения, признаках общей значительной кровопотери (жажда, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, ослабление пульса, падение артериального давления, одышка, тахикардия, иногда потеря сознания), расположении раневого канала в проекции топографии крупных кровеносных сосудов, "футлярной" гематоме по ходу кровеносного сосуда, ишемических болей в раненой конечности, ишемической контрактуре. Характер повреждения кровеносного сосуда (разрыв, отрыв, рассечение) устанавливается при хирургической ревизии зоны повреждения.

Для доказательства травматического происхождения аневризма должен быть доказан факт повреждения хотя бы одного из слоев сосудистой стенки (например, интимы) и исключения патологических изменений в зоне повреждения кровеносного сосуда. По-

вреждение интимы может привести к травматической окклюзии сосуда и прекращению кровообращения в его бассейне такие повреждения оцениваются как опасные для жизни.

26) Тупая травма рефлексогенной зоны: области гортани; области каротидных синусов; области солнечного сплетения; области наружных половых органов при наличии клинических и морфологических данных.

Для отнесения повреждения к опасному для жизни достаточно травмирования хотя бы одной из рефлексогенных зон.

Доказательство тупой травмы рефлексогенной зоны строится на совокупной оценке: а) событий, предшествовавших травме; б) наличия наружных повреждений в проекции рефлексогенных зон; в) клинической картины, зафиксированной непосредственно после травмы.

Травматическому воздействию, как правило, предшествует длительный или кратковременный конфликт, в ходе которого пострадавший испытывает эмоциональное перевозбуждение.

О факте такого воздействия на рефлексогенную зону судят по наличию в проекции хотя бы одной из этих зон (области гортани, синокаротидной зоны, солнечного сплетения, мошонки) наружных повреждений - ссадин, кровоподтеков, подкожных гематом. Однако особенности анатомического строения (например, податливость передней брюшной стенки) и длительное время от момента травмы до судебно-медицинского обследования пострадавшего могут быть причиной необнаружения наружных повреждений. Хотя "скрытые" подкожные кровоизлияния могут быть выявлены тепловизионными методами.

Клинически фиксируемое расстройство здоровья наступает немедленно после травмы: пострадавший останавливается ("столбенеет"), руки опускаются, ноги подгибаются в коленных суставах, тело "обмякает", возможно падение плашмя или навзничь. Иногда наблюдаются кратковременные (5-10 секунд) координированные движения (несколько шагов, вялое сопротивление нападающему и т.п.), почти одновременно с этим развивается синдром коллапса: крайняя мышечная слабость, чувство холода и жажды, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, сменяющаяся различной синюшностью всего тела, вены западают, тоны сердца типа "тиканья часов" или эмбриокардии, тахикардия (реже - брадикардия), пульс нитевидный, падение артериального и венозного давления, дыхание частое и поверхностное, иногда с хрипами или "бульканьем", дыхательные движения частые (тахипноэ), неравномерные по ритму и разным по глубине, выделение пены изо рта, сознание утрачивается, зрачки расширяются, двигательное возбуждение и тонические судороги, произвольные физиологические акты. Такое состояние, без оказания реанимационных пособий, нередко заканчивается смертью.

27) Термические или химические, или электрические, или лучевые ожоги III-IV степени, превышающие 15 процентов поверхности тела; ожоги III степени, превышающие 20 процентов поверхности тела; ожоги II степени, превышающие 30 процентов поверхности тела; ожоги меньшей площади, сопровождающиеся развитием ожоговой болезни; ожоги дыхательных путей с явлениями отека и сужением голосовой щели.

Для отнесения ожогов к категории непосредственно угрожающих жизни необходимо установить: а) глу-

бину ожогов и б) их площадь. Полноценная диагностика требует и определения происхождения ожогов: термические, химические, электрические, лучевые.

По глубине различают следующие степени ожогов:
I степень: поражение только эпидермиса, покраснение и отек кожи, жгучая боль;

II степень: глубокое поражение кожи с сохранением сосочкового слоя; эпидермис отслоен с образованием пузырей, наполненных прозрачной жидкостью, гиперемия кожи, участки гиперемии бледнеют при надавливании, что свидетельствует о сохранении кровообращения;

III-а степень: частичный некроз кожи с поражением верхушек сосочкового слоя с сохранением волосных луковиц, потовых и сальных желез; часть пузырей заполнена мутноватой геморрагической жидкостью; другая часть пузырей вскрыта; дно суховатое желтоватобурое, сохранившиеся волосы выдергиваются безболезненно;

III-б степень: полный некроз эпидермиса, дермы и частично подкожной клетчатки; ожоговая поверхность бурая или темно-бурая, сухая; ожоговая поверхность углублена по отношению к непораженной коже или ожоговым;

IV степень: некроз кожи, подкожной клетчатки, мышц, сухожилий, суставов, костей; ожоговая поверхность черно-бурая, обнажены мышцы, сухожилия, кости.

Глубокими считают ожоги III-IV степени.

Площадь ожоговой поверхности определяется по "площади ладони", условно равной 1 проценту поверхности тела, и по "правилу девятки": поверхность головы и шеи - 9 процентам, передней поверхности туловища - $9 \times 2 = 18$ процентам, задней поверхности туловища - $2 \times 9 = 18$ процентам, поверхности бедра $2 \times 9 = 18$ процентам, голени со стопой - 9 процентам, промежности - 1 проценту.

Ожоговая болезнь представляет собой совокупность нарушений функций различных органов и систем, вызванных ожогами и отличающихся развитием четырех последовательно сменяющихся друг друга периодов: ожогового шока, ожоговой токсемии, ожоговой септико-токсемии и реконвалесценции. Ожоговый шок III-IV степени и ожоговый сепсис следует относить к угрожающим жизни состояниям. Течение ожоговой болезни характеризуется закономерным развитием таких осложнений, как пневмония, сепсис, бактериальный шок, ожоговое истощение, острые (стрессовые) язвы желудочно-кишечного тракта с кровотечением или перфорацией стенки желудка или кишки, острый бескаменный холецистит, тромбоз брыжеечных сосудов, нефролитиаз.

Ожоги дыхательных путей диагностируются по клиническим проявлениям (отек голосовых связок и слизистой оболочки гортани и трахеи, затруднение внешнего дыхания, кашель, выделение мокроты с примесью черных частиц копоти и др.) и инструментально: путем ЛОР-обследования гортани, трахеоскопии.

29) Отморожения III-IV степени с площадью поражения, превышающей 10 процентов поверхности тела; отморожения III степени более 15 процентов поверхности тела; отморожения II степени - свыше 20 процентов поверхности тела.

По глубине различают следующие степени отморожения:

I степень - расстройство внутрикожного кровообращения и иннервации без некроза кожи: кожа багро-

во-красная или синяя, отечная, "мраморного" вида; эти явления проходят через 3-7 дней;

II степень - некроз эпидермиса до базального слоя; пузыри с прозрачным содержимым на багрово-синюшной коже; дно пузырей розовое, болезненное; полное заживление - через 2-3 недели;

III степень - некроз всей толщи кожи и частично подкожной клетчатки; пузыри с темным геморрагическим содержимым, дно их сине-багровое, нечувствительное; заживление рубцами;

IV степень - некроз кожи, подкожной клетчатки, мышц, костей, развивается влажная гангрена с гнойными осложнениями, сухая гангрена с патологической ампуацией пораженных частей (чаще всего периферических образований: фаланг, пальцев, стоп и т.д.).

Площадь отморожений измеряется так же, как и площадь ожогов.

30) Лучевые поражения, проявляющиеся острой лучевой болезнью тяжелой или крайне тяжелой степени.

В клиническом течении острой лучевой болезни различают первичную реакцию, латентную фазу и период выраженных клинических симптомов.

Первичная реакция (от нескольких минут до 3-4 суток): тошнота; рвота, тяжесть в голове, резкая мышечная слабость, сонливость, умеренные изменения клеточного состава и биохимических свойств крови.

Латентная стадия (до 2-4 недель): выпадение волос, общие неврологические нарушения, уменьшение клеточных элементов крови, угнетение кроветворения.

Период выраженных клинических симптомов: резкое ухудшение общего состояния, множественные внутрикожные и подслизистые кровоизлияния, анемия, массивное внутреннее кровоизлияние, инфекционные осложнения.

Тяжелой степенью лучевого поражения является переход лучевой болезни в латентную стадию или период выраженных клинических симптомов.

в) Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью (далее - угрожающее жизни состояние).

г) Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызывающий развитие угрожающего жизни состояния, содержит исчерпывающий перечень.

1) Шок тяжелой (III-IV) степени.
Критерии III степени шока: систолическое давление 50-70 мм рт.ст., индекс Альговера (отношение частоты пульса к величине систолического давления) более 30,2; дефицит объема циркулирующей крови (объема циркулирующей крови) 30 процентов и более; пострадавший находится в сопорозном состоянии.

Критерии IV степени шока: артериальное давление менее 50 мм рт.ст. либо не определяется, дыхание поверхностное либо судорожное, сознание утрачено. Исходом является клиническая смерть.

2) Кома II-III степени различной этиологии.
Кома - состояние глубокого угнетения функций ЦНС с полной утратой сознания и расстройством жизненно важных функций.

Кома II степени (глубокая): полное отсутствие реакции на болевые раздражения, диффузная гипотония мышц, угнетение рефлексов, выраженные нарушения внешнего дыхания и сердечно-сосудистой деятельности.

Кома III степени (терминальная, атоническая): арефлексия, атония, двусторонний мидриаз, выраженные витальные нарушения (патологическое дыхание, апноэ, коллаптоидное состояние).

Нозологически речь идет о посттравматической коме.

3) Острая, обильная, или массивная кровопотеря.

Быстрая потеря 30 процентов объема циркулирующей крови ведет к острой анемии, гипоксии головного мозга и может закономерно привести к смертельному исходу.

Субъективные признаки острой обильной кровопотери: общая слабость, головокружение, потемнение в глазах, сухость во рту, жажда, одышка нота, рвота, беспокойство, эйфория, чувство страха, мелькание "мушек" перед глазами.

Объективные признаки: бледность кожи и слизистых оболочек, цианоз, холодный липкий пот, тахипноэ, тахикардия, снижение артериального и венозного давления (АД ниже 50-70 мм рт.ст.), нарушение сознания, индекс Альговера 1,3-1,4.

Массивная кровопотеря, в том числе хроническая, диагностируется при утрате свыше 2-2,5 л крови.

4) Острая сердечная и (или) сосудистая недостаточность тяжелой степени, или тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения.

Факторы, формирующие острую посттравматическую сердечную недостаточность (кардиогенный шок): прямые симптоматические нервные влияния на сердечную мышцу с повышенным высвобождением норадреналина из нервных окончаний; снижением соотношения кровотока в эндокарде и эпикарде, несоответствие доставки кислорода к сердцу; избыточная тахикардия с нарушением кровотока по венечным артериям; гиперкатехоламинемия с преобладанием роста концентрации адреналина в крови; гипоксемия и респираторный ацидоз. Клинические проявления при тяжелой степени острой сердечной недостаточности: жесткое дыхание, в легких влажные хрипы, застой в малом круге кровообращения, глухие сердечные тоны, тахикардия, высокое центральное венозное давление, снижение вольтажа ЭКГ, депрессия сегмента ST в грудных отведениях, низкий минутный объем кровообращения, снижение АД, снижение диастолического давления, нарастание миокардиальной депрессии.

Коллапс - остро развивающаяся сосудистая недостаточность, характеризующаяся падением сосудистого тонуса, уменьшением массы циркулирующей крови, резким снижением артериального и венозного давления, гипоксией головного мозга, угнетением жизненно важных функций организма. При травме возникает геморрагический коллапс, причиной которого является массивная кровопотеря.

Тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения выражается образованием внутримозговой гематомы, отеком и дислокацией головного мозга вследствие субдуральной, субарахноидальной, эпидуральной гематомы, внутримозгового или внутрисубарохноидального кровоизлияния.

5) Острая почечная или острая печеночная, или острая надпочечниковая недостаточность тяжелой степени, или острый панкреонекроз.

Острая печеночная недостаточность может развиться как следствие гнойно-септических осложнений травматической болезни или тяжелой степени травматического шока. Клинические проявления острой печеночной недостаточности: желтушность кожных по-

кровов и слизистых оболочек, подкожные и подслизистые кровоизлияния, кровотечение в просвет пищеварительного тракта, увеличение (иногда - уменьшение) размеров печени, болезненность при пальпации печени, асцит, спленомегалия. Диагноз подкрепляется результатами биохимических исследований: гипопропротеинемией, нарушением соотношения белковых фракций с преобладанием глобулинов, гипербилирубинемией, снижением уровня фибриногена, протомбина, холестерина, повышением содержания трансаминаз, снижением уровня калия и натрия, повышением тимоловой пробы и снижением сулемовой пробы.

Острая почечная недостаточность при травматической болезни связана с развитием травматического шока и токсических осложнений. Клинические проявления острой почечной недостаточности: уменьшение (реже - увеличение) суточного объема мочи, при олигурии - суточный объем может снижаться до 50-100 мл, при полиурии суточный объем может достигать 2,5-5 литров и более; канальцевый некроз приводит к угнетению концентрационной способности почек, азотемии, уремии (накоплению шлаков), увеличению показателей мочевины и креатинина, внутрисосудистому гемолизу, миоглобинурии.

Острая недостаточность коры надпочечников проявляется резким снижением продуктов гормонов коры надпочечников, выражающимся нервным напряжением, разлитыми болями в животе, рвотой, гипертермией, геморрагическим синдромом, и завершается коллапсом и комой. Эти изменения наблюдаются при первичных (травматических) или вторичных кровоизлияниях в кору надпочечников.

Острый панкреонекроз выражается в некрозе ткани поджелудочной железы в сочетании с геморрагическим пропитыванием ее ткани и тяжелыми метаболическими изменениями, гипотензией, секвестрацией, некротизированием участков, полиорганной недостаточностью, приводящей к смерти. Клинически с самого начала возникают резкие постоянные боли в эпигастриальной области, иррадиирующие в спину и приобретающие опоясывающий характер, присоединяется тошнота и рвота. Живот вздут, на левой боковой поверхности живота желтовато-синюшные пятна, высокий тимпанит над всей поверхностью живота, при появлении экссудата в брюшной полости в отлогих местах появляется тупость при перкуссии, позднее кожные покровы становятся желтушными. Инструментальную диагностику обеспечивают ультразвуковое исследование и КТ.

6) Острая дыхательная недостаточность тяжелой степени.

Дыхательная недостаточность при травме определяется как неспособность системы внешнего дыхания обеспечить необходимый уровень газообмена.

Причины острой дыхательной недостаточности при травмах: открытый и напряженный пневмоторакс, форсированное сдавление грудной клетки, травмы позвоночника с повреждением спинного мозга, тяжелые черепно-мозговые травмы, аспирация крови и рвотных масс, обструкция дыхательных путей, кровоизлияния в паренхиму легких, интерстициальный отек и др.

Тяжелая степень острой дыхательной недостаточности при травмах ("шоковое легкое") характеризуется прогрессирующим нарастанием тахипноэ и гиперпноэ, выраженной тахикардией, наличием влажных хрипов на фоне минимального количества мокроты, снижением эластичности легочной ткани.

7) Гнойно-септическое состояние: сепсис или перитонит; или гнойный плеврит, или флегмона.

Гнойно-септические состояния являются одним из закономерно развивающихся этапов травматической болезни. Они проявляются сепсисом, или перитонитом, или гнойным плевритом, или флегмоной.

Сепсис - генерализованная инфекция, которая отличается значительным клиническим полиморфизмом. Ведущими в клинической картине являются нарушения функции центральной нервной системы (энцефалопатия), гемодинамические расстройства, признаки инфекционно-токсического шока с развитием печеночной и почечной недостаточности, прогрессивно нарастающая декомпенсация водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния. У пострадавших с сепсисом отмечают гектическую температуру с подъемами до 39-40 град. Цельсия, ознобы, проливной пот, тахикардию, артериальную гипотонию, аритмию функции сердца, снижение сердечного выброса и объемного кровотока, слабый и частый пульс, "мраморность" кожи. Смерть может наступить в течение 1-3 суток.

Перитонит - воспаление брюшины. Это вторичное заболевание, которое, в частности, является одним из осложнений тяжелой травмы. Клинические проявления перитонита: боли в животе, отсутствие брюшного дыхания, слабость, жажда, одышка, болезненность при ощупывании живота, напряжение мышц передней брюшной стенки, синдром раздражения брюшины, притупление в отлогих местах живота при перкуссии. Инструментальные методы диагностики: рентгенография, ультрасонография, лапароскопия, пункция брюшной полости. В ходе экспертизы должны быть доказаны факт травмы, наличие осложнения (перитонит) и причинная связь между ними.

Плеврит гнойный - посттравматическое воспаление плевры со скоплением гноя в плевральной полости, являющееся следствием травмы. Клинические проявления гнойного плеврита: общая слабость, боли в боку, нарушение внешнего дыхания, сухой кашель, повышение температуры тела, шум трения плевры при аускультации, боль при дыхании может иррадиировать в плечо или в живот, притупление перкуторного звука над легкими и ослабление дыхания в зоне скопления жидкости в плевральной полости. Инструментальное подтверждение: рентгенологическое, рентгенографическое, с помощью КТ, пункция плевральной полости с получением гноя. В ходе экспертизы должен быть доказан факт травмы, наличие гнойного плеврита и причинная связь между ними.

Флегмона (посттравматическая) - острое разлитое воспаление жировой клетчатки. Различаются флегмоны поверхностные (подкожные, эпифасциальные), глубокие (межмышечные) и флегмоны клетчаточных пространств. Флегмоны бывают серозными, гнойными, гнилостными (наибольшую опасность представляют последние две). Из общих симптомов выделяют: слабость, головную боль, повышение температуры тела до 40 град. Цельсия с ознобами, лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ, одышку, тахикардию. Местные признаки: воспалительный инфильтрат, который позднее размягчается с появлением флюктуации. Над очагом флюктуации кожа синюшная. Отмечаются лимфаденит, лимфангит, тромбоз флебит. Наибольшую опасность представляют флегмоны забрюшинного пространства (гнойный паранефрит), промежности (гнойный парапроктит), средостения (гнойный медиастенит). Инструментальная диагностика: ультразвуко-

вое исследование, пункция флегмоны, рентгенография. В ходе экспертизы следует доказать факт травмы, наличие флегмоны определенной локализации и причинную связь флегмоны с предшествующей травмой. К угрожающим жизни следует относить флегмоны, сопровождающиеся развитием общего гнойно-септического состояния организма.

8) Расстройство регионального и (или) органного кровообращения, приводящее к инфаркту внутреннего органа или гангрене конечности; эмболия (газовая, жировая, тканевая, или тромбоз эмболии) сосудов головного мозга или легких.

Для установления угрожающего жизни состояния по данному пункту изначально надо доказать наличие у пострадавшего газовой или тканевой эмболии, или тромбоз эмболии. Под эмболией понимаются закупорка кровеносного сосуда газовыми пузырьками, каплями жира, кусочками ткани различных (травмированных) органов и тканей, оторвавшимися тромбами. Достоверно все перечисленные виды эмболии надежно диагностируются морфологически, например, при судебно-медицинской экспертизе трупа.

При жизни газовая эмболия достоверно распознается при рентгенологическом, КТ или МРТ обнаружении воздушных пузырьков в кровеносных сосудах или полостях сердца.

Прижизненное доказательство жировой эмболии основано на совокупности клинических признаков, появляющихся в ближайшем периоде после травмы: немотивированная тахикардия, острая дыхательная недостаточность, данные изменения психики, сознания, возможна гипоксическая кома, переходящая неврологическая симптоматика, распространенные петехиальные кровоизлияния и гастро-дуоденальные кровотечения, характерная картина глазного дна (белесоватосеребристые облакоподобные пятна вокруг сосудов сетчатки, множественные кровоизлияния и др.), постоянная гипертермия. На рентгенограмме легких двустороннее поражение в виде так называемой "снежной бури", на КТ и МРТ - ишемические участки в головном мозге.

Клиническая картина тканевой эмболии зависит от величины тканевого эмбола, калибра пораженного кровеносного сосуда и пораженного органа мишени. Последствия тканевой эмболии выражаются в образовании более или менее обширных ишемических инфарктов внутренних органов (в первую очередь - легких и головного мозга).

Клиническая картина тромбоз эмболии: внезапное ощущение нехватки воздуха (тахипноэ, диспноэ), кашель, тахикардия, боли в груди, набухание шейных вен, цианоз лица и верхней половины туловища, влажные хрипы, кровохарканье, резкое повышение температуры тела, коллапс. Массивная тромбоз эмболия заканчивается смертью в течение нескольких часов, а молниеносная - в течение 10-15 минут от правожелудочковой недостаточности или анорексии головного мозга.

9) Острое отравление химическими и биологическими веществами медицинского и немедицинского применения, в том числе наркотиками или психотропными средствами, или снотворными средствами, или препаратами, действующими преимущественно на сердечнососудистую систему, или алкоголем и его суррогатами, или техническими жидкостями, или токсическими металлами, или токсическими газами, или пищевое отравление, вызвавшее угрожающее жизни

состояние, приведенное в подпунктах 1)-8) настоящего пункта.

Острое отравление химическими и биологическими веществами медицинского и немедицинского применения предполагает либо химическое, либо биологическое воздействие с соответствующими, предусмотренными данным пунктом последствиями.

Для отнесения химической травмы, разновидности к вреду здоровью, опасному для жизни человека, необходимо: а) первично доказать факт отравления (наркотиками или психотропными средствами, или снотворными, или препаратами, действующими преимущественно на сердечнососудистую систему, или алкоголем, или его суррогатами, или техническими жидкостями, или тяжелыми металлами, или токсическими газами, или пищевыми продуктами); б) доказать наличие у пострадавшего угрожающего жизни состояния, предусмотренного настоящим судебно-медицинским критерием; в) установить причинную связь между выявленным отравлением и доказанным угрожающим жизни состоянием. Методика отнесения биологической травмы к опасной для жизни принципиально не отличается от методики, приведенной выше для химической травмы.

10) Различные виды механической асфиксии; последствия общего воздействия высокой или низкой температуры (тепловой удар, солнечный удар, общее перегревание, переохлаждение организма).

Последствия воздействия высокого или низкого атмосферного давления (баротравма, кессонная болезнь).

Последствия воздействия технического или атмосферного электричества (электротравма); последствия других форм неблагоприятного воздействия (обезвоживание, истощение, перенапряжение организма), вызвавшие угрожающее жизни состояние, приведенное в подпунктах 1)-8) настоящего пункта.

Для отнесения того или иного вида повреждений, вызванных внешними физическими повреждающими факторами, к вреду здоровью, опасному для жизни человека, необходимо:

- изначально установить наличие у пострадавшего одного из повреждений, (механической асфиксии; последствий общего действия высокой или низкой температуры в виде теплового или солнечного удара или общего перегревания организма, последствий перехода высокого или низкого атмосферного давления в виде баротравмы или кессонной болезни, последствий действия технического или атмосферного электричества, последствий обезвоживания, или истощения, или перенапряжения организма);

- доказать наличие у пострадавшего хотя бы одного угрожающего жизни состояния;

- установить причинную связь между выявленным повреждением и доказанным угрожающим жизни состоянием.

7. Потеря зрения - полная стойкая слепота на оба глаза или такое необратимое состояние, когда в результате травмы, отравления либо иного внешнего воздействия у человека возникло ухудшение зрения, что соответствует остроте зрения, равной 0,04 и ниже.

Потеря зрения на один глаз оценивается по признаку стойкой утраты общей трудоспособности.

Посттравматическое удаление одного глазного яблока, обладавшего зрением до травмы, также оценивается по признаку стойкой утраты общей трудоспособности.

Определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, в результате потери слепого глаза проводится по признаку длительности расстройства здоровья. Под потерей зрения понимается полная стойкая (необратимая) слепота на оба глаза или необратимое снижение зрения обоих глаз до остроты 0,04 и ниже, до светоощущения (не более "счета пальцев у лица").

Потеря зрения на один глаз оценивается по признаку стойкой утраты трудоспособности: например, при исходной остроте зрения 1,0-0,8 размер стойкой утраты трудоспособности при потере такого глаза составит более одной трети, т.е. тяжкий вред здоровью; при исходной остроте зрения 0,7 и менее размер стойкой утраты трудоспособности составит менее одной трети, т.е. менее тяжкий вред здоровью.

Посттравматическое удаление одного глазного яблока оценивается по признаку стойкой утраты трудоспособности в зависимости от остроты зрения этим глазом до травмы.

При потере слепого глаза оценка степени тяжести вреда здоровью производится по признаку длительно расстройства здоровья. Если же возникает необходимость оценить повреждение слепого глаза по признаку неизгладимого обезображивания лица, эксперт ограничивается установлением неизгладимости повреждения.

При определении степени тяжести вреда здоровью человека экспертом не должна учитываться возможность улучшения зрения с помощью оперативного вмешательства или медицинских технических средств (очков, линз и др.).

Установление полной или частичной утраты зрения проводится совместно со специалистом-офтальмологом.

8. Потеря речи - необратимая потеря способности выражать мысли членораздельными звуками, понятными для окружающих.

Под потерей речи понимается необратимая утрата способности выражать мысли членораздельными звуками. В ходе экспертизы необходимо установить причину потери речи: утрата языка, повреждение голосовых связок, поражение центральной нервной системы и др. При определении степени тяжести вреда здоровью человека экспертом не должна учитываться возможность полного или частичного восстановления речи хирургическими средствами.

В необходимых случаях экспертиза по установлению степени тяжести вреда здоровью проводится с участием одного или нескольких клиницистов: отоларинголога, челюстно-лицевого хирурга, логопеда, невролога, психиатра.

9. Потеря слуха - полная стойкая глухота на оба уха или такое необратимое состояние, когда человек не слышит разговорную речь на расстоянии 3-5 см от ушной раковины.

Потеря слуха на одно ухо оценивается по признаку стойкой утраты общей трудоспособности.

Под потерей слуха понимается полная стойкая (необратимая) глухота на оба уха или такое снижение слуха, когда человек не слышит разговорную речь на расстоянии 3-5 см от ушной раковины.

Полная глухота на одно ухо оценивается по признаку стойкой утраты трудоспособности.

При определении степени тяжести вреда здоровью человека экспертом не должна учитываться возможность улучшения слуха с помощью хирургического

вмешательства или слуховых аппаратов.

В необходимых случаях к участию в экспертизе следует приглашать отоларинголога.

10. Потеря какого-либо органа или утрата органом его функций.

Этот пункт предусматривает полную или частичную потерю конечности или ее функции, или потерю производительной способности.

1) Потеря руки или ноги, т.е. отделение их от туловища или стойкая утрата ими функций (паралич или иное состояние, исключющее их функции); потеря кисти или стопы приравнивается к потере руки или ноги.

Под потерей конечности (руки или ноги) понимается анатомическая утрата всей конечности или ее периферического сегмента (кисти или стопы) либо стойкая (необратимая) утрата ее функции, например в виде паралича конечности.

В необходимых случаях оценка характера и степени утраты функции конечности проводится с участием невролога и (или) травматолога.

2) Потеря производительной способности, выражающейся у мужчин - в способности к совокуплению или оплодотворению; у женщин - в способности к совокуплению или зачатию, или вынашиванию, или деторождению.

3) Потеря одного яичка.

Под потерей производительной способности у мужчин понимается утрата способности к совокуплению (потеря полового члена, полный перерыв пещеристых тел, прекращение кровообращения в половом члене и др.) или утрата способности к оплодотворению (аспермия, перерыв семенного канатика, потеря обоих яичек и др.).

Если в результате травмы утрачено (или хирургически удалено) одно яичко, то оценка степени тяжести вреда здоровью человека производится по признаку стойкой утраты трудоспособности. Оценка степени утраты производительной способности у мужчин производится с участием уролога.

Под потерей производительной способности у женщин понимается утрата способности к совокуплению (например, атрезия влагалища, значительное рубцовое уменьшение просвета влагалища и др.), или к зачатию (облитерация маточных труб, прекращение функции яичников и др.), или к вынашиванию плода (например, посттравматические внутриматочные синехии, экстирпированная матка), или к родоразрешению (посттравматическое сужение и деформация тазового кольца, рубцовое сужение шейки матки и мышц промежности и др.).

Оценка степени тяжести вреда здоровью при потере производительной способности у женщин производится с участием акушера-гинеколога.

11. Прерывание беременности - прекращение течения беременности независимо от срока, вызванное причинным вредом здоровью, с развитием выкидыша, внутриутробной гибелью плода, преждевременными родами либо обусловившее необходимость медицинского вмешательства.

Прерывание беременности в результате заболевания матери и плода должно находиться в прямой причинно-следственной связи с причинным вредом здоровью и не должно быть обусловлено индивидуальными особенностями организма женщины и плода (заболеваниями, патологическими состояниями), которые имелись до причинения вреда здоровью. Если

внешние причины обусловили необходимость прерывания беременности путем медицинского вмешательства (выскабливание матки, кесарево сечение и прочее), то эти повреждения и наступившие последствия приравниваются к прерыванию беременности и оцениваются как тяжкий вред здоровью.

Под "прерыванием беременности" как признаком тяжкого вреда здоровью понимается посттравматическое прекращение течения беременности при любом ее сроке. Прерывание беременности может произойти путем выкидыша, или в результате внутриматочной гибели плода, или преждевременных родов, или в результате медицинского вмешательства (выскабливание матки или кесарево сечение), показанием к которому были последствия травмы или состояние, угрожающее жизни матери или плода.

В ходе экспертизы изначально должны быть установлены факт бывшей беременности и факт травмы, затем - прямая причинная связь между травмой и последующим прекращением беременности. Наличие прямой причинной связи устанавливается в случае, если при отсутствии травмы беременность протекала бы в нормальном физическом режиме. Для суждения о наличии прямой причинной связи между травмой и прекращением беременности необходимо исключить негативное влияние на естественное течение беременности особенностей организма беременной (заболевания, гормональные нарушения и т.п.) осложнений беременности, степени развития и жизнеспособности плода. Сведения об этом получают как путем изучения медицинских документов о протекании беременности и здоровья женщины до и в процессе беременности, так и путем непосредственного обследования пострадавшей и исследования родившегося или хирургически извлеченного плода (или его фрагментов).

Экспертиза степени тяжести вреда здоровью по признаку посттравматического прерывания беременности проводится с участием акушера-гинеколога, а при необходимости - терапевта, эндокринолога и др.

12. Психическое расстройство, возникновение которого должно находиться в причинно-следственной связи с причинным вредом здоровью, т.е. быть его последствием. Перечень психических расстройств содержится в Международной классификации болезней X пересмотра (МКБ-10).

Для отнесения вреда здоровью человека к тяжкому необходимо:

- установить факт имеющегося у пациента психического расстройства;

- установить факт предшествующей расстройству травмы, имеющей прямое отношение к расследуемому событию;

- исключить возможные психические расстройства до травмы;

- установить наличие прямой причинной связи между психическим расстройством и предшествовавшей ему травмой.

Для отнесения вреда здоровью к тяжкому достаточно установить факт психического расстройства и причинно-следственную связь с предшествовавшей травмой. При этом психическое расстройство может быть и временным, и необратимым.

Степень тяжести вреда, причинившего психическое расстройство, проводится с участием психиатра. Для исключения патологических причин психического расстройства к участию в экспертизе могут дополнительно привлекаться неврологи и нейрохирурги.

13. Неизгладимое обезображивание лица.

Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, выразившегося в неизгладимом обезображивании его лица, определяется судом.

Производство судебно-медицинской экспертизы ограничивается лишь установлением неизгладимости данного повреждения, а также его медицинских последствий в соответствии с медицинскими критериями. Под неизгладимыми изменениями следует понимать такие повреждения лица, которые с течением времени не исчезают самостоятельно (без хирургического устранения рубцов, деформаций, нарушений мимики и прочее либо под влиянием нехирургических методов) и для их устранения требуется оперативное вмешательство (например, косметическая операция).

Факт неизгладимого обезображивания лица квалифицирующий признак тяжкого вреда здоровью человека устанавливает суд. Обязанности судебно-медицинского эксперта ограничиваются определением неизгладимости причиненных повреждений лица и иных медицинских критериев степени тяжести вреда здоровью человека. Неизгладимыми являются посттравматические рубцы кожи, деформации элементов строения лица из-за переломов костей лицевого скелета, функциональные поражения, приводящие к нарушению мимики, и др., не устранимые с помощью нехирургических средств. Если коррекция последствий причиненных повреждений возможна лишь с помощью оперативного вмешательства, такие изменения считаются неизгладимыми.

При проведении судебно-медицинской экспертизы необходимо учитывать следующие анатомические границы лица: верхняя - лобный край волосистого покрова головы, боковые - передний край основания ушных раковин и задний край ветвей нижней челюсти (в судебно-медицинском отношении в границы лица включаются и ушные раковины); нижняя - нижний край угла и нижний край тела нижней челюсти.

Обезображивание лица - это действие, направленное на искажение черт лица человека. Степень посттравматического искажения статических и динамических характеристик лица определяет суд, исходя из своего внутреннего убеждения.

Если повреждение лица приводит к длительному или кратковременному расстройству здоровья, эксперт обязан отметить этот квалифицирующий признак в своем заключении.

14. Значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть (стойкая утрата общей трудоспособности свыше 30 процентов).

К тяжкому вреду здоровья, вызывающему значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть, независимо от исхода и оказания (неоказания) медицинской помощи, относятся следующие повреждения:

1) Открытый или закрытый перелом плечевой кости: внутрисуставной (головки плеча) или околосуставной (анатомической шейки, под- и чрезбугорковый), или хирургической шейки, или диафиза плечевой кости.

2) Открытый или закрытый перелом костей, составляющих локтевой сустав; открытый или закрытый перелом-вывих костей предплечья: перелом локтевой в верхней или средней трети с вывихом головки лучевой кости или перелом лучевой кости в нижней трети с вывихом головки локтевой кости.

3) Открытый или закрытый перелом вертлужной

впадины со смещением.

4) Открытый или закрытый перелом проксимального отдела бедренной кости: внутрисуставной (перелом головки и шейки бедра), или внесуставной (межвертельный, чрезвертельный переломы), за исключением изолированного перелома большого и малого вертелов.

5) Открытый или закрытый перелом диафиза бедренной кости.

6) Открытый или закрытый перелом костей, составляющих коленный сустав, за исключением надколенника.

7) Открытый или закрытый перелом диафиза большеберцовой кости.

8) Открытый или закрытый перелом лодыжек обеих берцовых костей в сочетании с переломом суставной поверхности большеберцовой кости и разрывом дистального межберцового синдесмоза с подвывихом и вывихом стопы.

9) Компрессионный перелом двух и более смежных позвонков грудного или поясничного отдела позвоночника с нарушением функции спинного мозга и тазовых органов.

10) Открытый вывих плеча или предплечья, или кисти, или бедра, или голени, или стопы с разрывом связочного аппарата и капсулы сустава.

Стойкая утрата общей трудоспособности в иных случаях определяется в процентах, кратных пяти, в соответствии с таблицей процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин, прилагаемой к настоящему медицинским критериям.

Трудоспособность - это социально-медицинское понятие, определяющее совокупность врожденных и приобретенных способностей человека к действию, направленному на получение социально значимого результата в виде определенного продукта, изделия или услуги.

Общая трудоспособность - это совокупность способностей человека выполнять неквалифицированную работу и обеспечивать самообслуживание (гигиенические процедуры, самостоятельное перемещение в пространстве, прием пищи, надевание одежды, обуви и т.п.). Стойкая утрата общей трудоспособности - это такая необратимая утрата функции (функций), которая лишает человека способности полностью или частично выполнять неквалифицированную работу и обеспечивать самообслуживание.

В зависимости от характера размера стойкой утраты общей трудоспособности вред здоровью человека может расцениваться как тяжкий, менее тяжкий и легкий.

Размер стойкой утраты общей трудоспособности при разных исходах травмы предусмотрен специальной таблицей, являющейся приложением к судебно-медицинским критериям. В ходе судебно-медицинской экспертизы должен быть установлен конкретный исход повреждения, который сопоставляется с соответствующими данными, содержащимися в таблице, где приводится размер (в процентах) стойкой утраты общей трудоспособности по отношению к установленному исходу причиненного пострадавшему повреждения.

Исход может быть установлен в ходе однократного или динамического клинико-экспертного исследования.

Если окончательный исход не определился в течение

120 дней, то условно стойкой (необратимой) утратой общей трудоспособности считают такой размер утраченной функции, который сформировался у пострадавшего по истечении указанного промежутка времени.

Если пострадавший до травмы страдал каким-то заболеванием. У него частично или полностью была утрачена функция (функции) какого-то органа, или сегмента, или части тела, то экспертной оценке подлежат только последствия травмы. Для этого вначале путем непосредственного экспертного (как правило, комиссионного) обследования пострадавшего и изучения медицинских документов о его предшествовавшем травме здоровье устанавливается у него степень стойкой утраты общей трудоспособности к моменту получения травмы. Затем выявляют последствия травмы; определяют ее исход и также устанавливают размер стойкой утраты общей трудоспособности. При этом должно учитываться возможное негативное влияние предшествовавшего патологического фона на клиническое лечение и исход полученной травмы. Анализ и совокупная оценка всех этих сведений позволяют установить степень тяжести вреда здоровью, причиненного полученной травмой. В зависимости от сопутствующей патологии к проведению комиссионной экспертизы могут привлекаться соответствующие эксперты-клиницисты.

Под значительной стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть понимают стойкую утрату общей трудоспособности свыше 33 процентов.

15. Судебно-медицинскими критериями квалифицирующих признаков в отношении менее тяжкого вреда здоровью являются:

1) Временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью свыше трех недель (более 21 дня) (далее - длительное расстройство здоровья).

Под расстройством здоровья понимается нарушение функции организма, непосредственно связанное с повреждением или заболеванием. При определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, учитывается расстройство здоровья в связи с полученной травмой.

Не следует отождествлять временное расстройство здоровья с временной утратой работоспособности или временной нетрудоспособностью, продолжительность которой определяется "Листом временной нетрудоспособности". Трудоспособность устанавливается законом с 14 лет, т.е. если понимать под расстройством здоровья временную нетрудоспособность, то ее невозможно будет определить у детей и подростков до 14 лет. Если у школьников младше 14 лет временную нетрудоспособность можно условно приравнять к невозможности посещения школьных занятий, то у дошкольников будет отсутствовать даже такой условный критерий. Неработающие и пенсионеры могут вовсе не пользоваться "Листом временной нетрудоспособности". Кроме краткого диагноза "Листок временной нетрудоспособности" не содержит никаких сведений о состоянии здоровья пострадавшего, что не позволяет критически оценить обоснованность срока пребывания в стационаре или на амбулаторном наблюдении и лечения (между тем, нередко основанием для выдачи "Листа временной нетрудоспособности" являются только субъективные жалобы пациента). С другой стороны, пострадавший может отказаться от

лечения, покинуть стационар до выздоровления и преждевременно приступить к работе.

Таким образом, единственным основанием для суждения о продолжительности расстройства здоровья в связи с травмой будет продолжительность посттравматических нарушений функции (функций) организма, зафиксированная в медицинских документах (медицинской карте амбулаторного больного, медицинской карте стационарного больного, результатах клинико-лабораторных, инструментальных исследований и др.) и при непосредственном судебно-медицинском обследовании пострадавшего.

Судебно-медицинские критерии устанавливают две градации расстройства здоровья: длительное расстройство здоровья, т.е. временное посттравматическое нарушение функции продолжительностью свыше трех недель (более 21 дня), и кратковременное расстройство здоровья, т.е. временное посттравматическое нарушение функции продолжительностью в пределах до трех недель (в пределах до 21 дня включительно).

Полученная травма может ухудшить имеющееся у пострадавшего хроническое заболевание, и пациент, поступивший в стационар по поводу травмы, может длительно находиться на больничной койке для коррекции состояния здоровья и ухудшившегося хронического заболевания. В таких случаях для оценки степени тяжести вреда здоровью необходимо дифференцировать нарушение функций в связи с повреждением и хроническим заболеванием, учитывая при определении степени тяжести вреда здоровью только продолжительность посттравматического нарушения.

Если хирургическая операция выполнялась с целью устранения последствий травмы, то при определении степени тяжести вреда здоровью должна учитываться продолжительность расстройства здоровья, включая и послеоперационный период.

Если хирургическая операция предпринята в целях диагностики, то вред здоровью, причиненный оперативным вмешательством, не учитывается при оценке степени тяжести вреда здоровью.

Вред здоровью, причиненный в результате дефекта оказания медицинской помощи, расценивается самостоятельно, вне связи с причиненным повреждением и его последствиями, в соответствии с квалифицирующими признаками, предусмотренными правилами и Уголовным кодексом Кыргызской Республики. Если в результате хирургической операции или какого-то иного медицинского вмешательства допущен дефект оказания медицинской помощи и пострадавшему причинены дополнительные страдания, последние не являются основанием для увеличения степени тяжести вреда здоровью, вызванного предшествовавшим повреждением. При предположительном диагнозе (например, сотрясении головного мозга), когда отсутствуют ясные признаки травмы (нарушение структуры и функции), пострадавшего могут поместить в стационар для клинического наблюдения, так как признаки травмы могут проявиться не сразу, а через несколько дней. Если такие признаки не проявляются, время пребывания в стационаре не рассматривается как длительность расстройства здоровья.

2) Значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть - стойкая утрата общей трудоспособности - от 10 до 33 процентов включительно.

26. Медицинскими критериями квалифицирующих

признаков в отношении легкого вреда здоровью являются:

1) Временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью до трех недель от момента причинения травмы (до 21 дня включительно) (далее - кратковременное расстройство здоровья).

2) Незначительная стойкая утрата общей трудоспособности - стойкая утрата общей трудоспособности менее 10 процентов.

Поверхностные повреждения, в том числе: ссадины, кровоподтеки, ушиб мягких тканей, включающий кровоподтек и гематому, поверхностная рана и другие повреждения, не влекущие за собой кратковременного расстройства здоровья, расцениваются как легкий вред без кратковременного расстройства здоровья.

3. Заключительные положения

17. Для определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, достаточно наличия одного из квалифицирующих признаков.

18. При наличии нескольких квалифицирующих признаков тяжесть вреда, причиненного здоровью человека, определяется по тому признаку, который соответствует большей степени тяжести вреда.

19. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, при наличии нескольких повреждений, возникших от неоднократных травмирующих воздействий (в том числе при оказании медицинской помощи), определяется отдельно в отношении каждого такого воздействия.

20. В случае если множественные повреждения взаимно отягощают друг друга, определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, производится по их совокупности.

21. При наличии повреждений разной давности возникновения определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, каждого из них производится отдельно.

22. Возникновение угрожающего жизни состояния должно быть непосредственно связано с причинением вреда здоровью, опасного для жизни человека, причем эта связь не может носить случайный характер.

23. Предотвращение смертельного исхода, обусловленное оказанием медицинской помощи, не должно приниматься во внимание при определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

24. Расстройство здоровья состоит во временном нарушении функций органов и (или) систем органов, непосредственно связанном с повреждением, заболеванием, патологическим состоянием, обусловившем временную нетрудоспособность.

25. Продолжительность нарушения функций органов и (или) систем органов (временной нетрудоспособности) устанавливается в днях, исходя из объективных медицинских данных, поскольку длительность лечения может не совпадать с продолжительностью ограничения функций органов и (или) систем органов человека. Проведенное лечение не исключает наличия у живого лица посттравматического ограничения функций органов и (или) систем органов.

26. Критерий утраты общей трудоспособности применяется при неблагоприятном трудовом и клиническом прогнозах либо при определенном исходе независимо от сроков ограничения трудоспособности, либо при длительности расстройства здоровья свыше

Не влекут расстройства здоровья и стойкой утраты общей трудоспособности единичные поверхностные повреждения: ссадины, кровоподтеки, ограниченные по площади и неглубокие раны. Они фиксируются экспертом как повреждения, не влекущие кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности. Множественные ссадины, кровоподтеки и неглубокие, как правило, ушибленные раны могут сопровождаться выраженным отеком окружающих тканей и приводить к ограничению функций (ограничение полей зрения при отеке травмированных век, ограничение движений в суставах из-за отека болезненности травмированных мягких тканей и т.п.). Такие повреждения, как сопровождающиеся нарушением функции, оцениваются по признаку расстройства здоровья.

120 дней (далее - стойкая утрата общей трудоспособности).

27. Стойкая утрата общей трудоспособности заключается в необратимой утрате функций в виде ограничения жизнедеятельности (потеря врожденных и приобретенных способностей человека к самообслуживанию) и трудоспособности человека независимо от его квалификации и профессии (специальности) (потеря врожденных и приобретенных способностей человека к действию, направленному на получение социально значимого результата в виде определенного продукта, изделия или услуги).

28. У детей трудовой прогноз в части возможности в будущем стойкой утраты общей (профессиональной) трудоспособности определяют так же, как у взрослых, в соответствии с настоящими судебно-медицинскими критериями.

Медицинские критерии предлагают определять стойкую утрату общей трудоспособности у детей так же, как у взрослых. Между тем в конкретном случае следует учитывать возраст и особенности развивающегося организма ребенка, поэтому судебно-медицинская экспертиза должна проводиться в комиссионном порядке с участием педиатра и (или) детского невролога и т.д.

29. В случае возникновения необходимости в специальном медицинском обследовании живого лица к проведению судебно-медицинской экспертизы должны привлекаться врачи-специалисты организаций, в которых имеются условия, необходимые для проведения таких обследований.

30. При производстве судебно-медицинской экспертизы в отношении живого лица, имеющего какое-либо предшествующее травме заболевание либо повреждение части тела с полностью или частично ранее утраченной функцией, учитывается только вред, причиненный здоровью человека, вызванный травмой и причинно с ней связанный.

31. Ухудшение состояния здоровья человека, вызванное характером и тяжестью травмы, отравления, заболевания, поздними сроками начала лечения, его возрастом, сопутствующей патологией и другими причинами, не рассматривается как причинение вреда здоровью.

Если у человека с повреждением (отравлением, "заболеванием") произошло ухудшение состояния здоровья, связанное с недостатками лечения, предшествовавшими заболеваниями, индивидуальными особенностями организма, то нарушение функций,

связанных с этими факторами, не должно учитываться при оценке степени тяжести вреда, причиненного травмой.

32. Ухудшение состояния здоровья человека, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи, рассматривается как причинение вреда здоровью.

33. Установление степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, в случаях, указанных в пунктах 24 и 25 Правил судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью, производится также в соответствии с настоящей Инструкцией.

34. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, не определяется, если:

а) в процессе медицинского обследования живого лица, изучения материалов дела и медицинских документов сущность вреда здоровью определить не представляется возможным;

б) на момент медицинского обследования живого лица не ясен исход вреда здоровью, не опасного для жизни человека;

в) живое лицо, в отношении которого назначена судебно-медицинская экспертиза, не явилось и не может быть доставлено на судебно-медицинскую экспертизу либо живое лицо отказывается от медицинского обследования;

г) медицинские документы отсутствуют либо в них не содержится достаточных сведений, в том числе результатов инструментальных и лабораторных методов исследований, без которых не представляется возможным судить о характере и степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

Под "моментом медицинского обследования" необходимо понимать время проведения судебно-медицинской экспертизы.

Сущность вреда здоровью нельзя считать установленной без объективного подтвержденного диагноза полного объема травмы.

Неясность исхода имеет место в случае, если к моменту производства экспертизы не установлен полный объем нарушения целостности анатомических структур и (или) степень нарушения или утраты физиологических функций организма, непосредственно вызванных травмой.

Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, не может быть определена при отсутствии самого пострадавшего в случае, если в представленных медицинских документах недостаточно информации о характере структурных и функциональных нарушений, вызванных травмой. Ответственность за достоверность информации, изложенной в медицинских документах, несет лицо, назначившее экспертизу.

Невозможность представить живое лицо для экспертного обследования и причины такой невозможности должны быть письменно подтверждены лицом, назначившим экспертизу. То же касается и невозможности предоставить эксперту необходимые медицинские документы и результаты медицинских (инструментальных и лабораторных) исследований.

35. При определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, в случае наступления его смерти вред здоровью оценивается как тяжкий, если:

а) вред, причиненный здоровью человека, сам по себе явился причиной смерти или привел к наступле-

нию смерти вследствие развившегося осложнения, не носившего случайный характер;

б) вред, причиненный здоровью человека, привел к наступлению смерти вследствие развившегося угрожающего жизни состояния, не носившего случайный характер; вред, причиненный здоровью человека, имеет хотя бы один из медицинских критериев опасного для жизни вреда здоровью;

в) в медицинских документах зафиксирована клиническая картина угрожающего жизни состояния, являющегося следствием причинения данного вреда здоровью;

г) в медицинских документах содержатся медицинские критерии потери зрения, речи, слуха, какого-либо органа или утрата органом его функций, или психического и иного расстройства здоровья, или неизгладимого обезображивания лица;

д) имеются анатомические или функциональные признаки, указывающие на значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть или на полную утрату профессиональной трудоспособности.

Оценка проводится по результатам полного судебно-медицинского исследования трупа и результатам, характеризующим состояние здоровья умершего до травмы, в связи с травмой и после травмы, зафиксированное в медицинских документах.

36. При отсутствии квалифицирующих признаков и медицинских критериев, перечисленных выше, вред здоровью оценивается как менее тяжкий, если:

а) смерть наступила в сроки, превышающие 21 день после причинения вреда здоровью (по признаку длительности расстройства здоровья);

б) имеются анатомические признаки значительной стойкой утраты общей трудоспособности менее одной трети.

Для того чтобы оценить тяжесть вреда, причиненного здоровью человека, как менее тяжкий, изначально следует исключить наличие у пострадавшего квалифицирующих признаков и медицинских критериев тяжкого вреда, перечисленных выше. При судебно-медицинском исследовании трупа вред здоровью оценивается как менее тяжкий по отношению к незажившим повреждениям, если смерть наступила спустя 21 день после получения повреждений и давность оцениваемых повреждений также более 21 дня. Менее тяжким вредом здоровью при судебно-медицинской экспертизе трупа признается, если имеются анатомические признаки значительной стойкой утраты общей трудоспособности менее одной трети - от 10 до 30 процентов включительно.

Если смерть наступила ранее 21 дня после причинения вреда здоровью, то при обнаружении заживших на этот период повреждений их оценивают по признаку кратковременного расстройства здоровья как легкий вред здоровью. Так же оценивают вред здоровью при наличии анатомических признаков, указывающих на незначительную стойкую утрату общей трудоспособности.

Если при исследовании трупа и изучении медицинских документов не находят объективных признаков для суждения об исходе причиненного вреда здоровью, оценка тяжести не опасного для жизни вреда здоровью не проводится.

В ПОМОЩЬ БУХГАЛТЕРУ

ЗАКОН КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

О тарифах страховых взносов по государственному социальному страхованию

(В редакции Законов КР от 13 февраля 2005 года № 29, 30 июня 2005 года № 87, 5 августа 2005 года № 120, 27 января 2006 года № 31, 24 февраля 2006 года № 63, 12 мая 2006 года № 85, 12 мая 2006 года № 86, 8 августа 2006 года № 162, 10 августа 2007 года № 144, 20 июля 2009 года № 238, 8 июля 2011 года № 86, 8 июля 2011 года № 87, 24 декабря 2011 года № 253)

<ИЗВЛЕЧЕНИЯ>

<...>

Статья 2. Ставки тарифов страховых взносов для юридических лиц независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, их обособленных подразделений (филиалов и представительств), а также работающих в них физических лиц

Тарифы страховых взносов устанавливаются:

1. Для работодателей:

а) ежемесячно от всех видов выплат, начисленных в пользу нанятых работников, принятых на постоянную или временную работу, независимо от вида собственности работодателя и вида регистрации в органах налоговой службы Кыргызской Республики, в том числе иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих в Кыргызской Республике, - в размере 17,25 процента.

Распределение сумм страховых взносов по фондам производится в следующих размерах:

в Пенсионный фонд - 15 процентов;

в Фонд обязательного медицинского страхования - 2 процента;

в Фонд оздоровления трудящихся - 0,25 процента;

б) ежемесячно от всех видов выплат, начисленных в пользу работников - инвалидов I и II групп, - в размере 15,25 процента.

Распределение сумм страховых взносов по фондам производится в следующих размерах:

в Пенсионный фонд - 15 процентов;

в Фонд оздоровления трудящихся - 0,25 процента;

в) ежемесячно от всех видов выплат, начисленных в пользу работников - иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих в Кыргызской Республике или проживающих в другом государстве, но состоящих в трудовых отношениях с юридическим лицом, зарегистрированным в Кыргызской Республике:

в Пенсионный фонд - в солидарную часть - 3

процента;

г) от всех видов выплат, начисленных в пользу работников посольств, консульств и других загранучреждений Министерства иностранных дел Кыргызской Республики, - в размере 15,25 процента. Уплата страховых взносов за работников загранучреждений Министерства иностранных дел Кыргызской Республики осуществляется в порядке, устанавливаемом Правительством Кыргызской Республики.

Распределение сумм страховых взносов по фондам производится в следующих размерах:

в Пенсионный фонд - 15 процентов;

в Фонд оздоровления трудящихся - 0,25 процента.

2. Для работников:

а) нанятых на постоянную или временную работу, независимо от вида собственности работодателя и вида регистрации в органах налоговой службы Кыргызской Республики, работников, в том числе иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих в Кыргызской Республике, за исключением работников-пенсионеров, ежемесячно от всех видов выплат, начисленных в их пользу, независимо от источников финансирования, - в размере 10 процентов.

а) для работников-пенсионеров, ежемесячно от всех видов выплат, начисленных в их пользу, независимо от источников финансирования, - в размере 8 процентов в Пенсионный фонд;

для нанятых работников, указанных в пункте "а" статьи 11¹ настоящего Закона, - в размере 10 процентов в Пенсионный фонд;

Распределение сумм страховых взносов по фондам производится в следующих размерах:

в Пенсионный фонд - 8 процентов;

в Государственный накопительный пенсионный фонд - 2 процента;

б) работников - инвалидов I и II групп (кроме инвалидов Великой Отечественной войны и приравненных к ним лиц) - ежемесячно от всех видов выплат, начисленных в их пользу, независимо от источников финансирования, - в размере 2 процентов в Пенсионный фонд.

в) работников посольств, консульств и других загранучреждений Министерства иностранных дел Кыргызской Республики в соответствии с подпунктами "а", "а¹" и "б" настоящего пункта. Уплата страховых взносов работниками загранучреждений Министерства иностранных дел Кыргызской Республики осуществляется в порядке, устанавливаемом Правительством Кыргызской Республики.

(В редакции Законов КР от 13 февраля 2005 года № 29, 30 июня 2005 года № 87, 24 февраля 2006 года № 63, 8 августа 2006 года № 162, 10 августа 2007 года № 144, 20 июля 2009 года № 238, 24 декабря 2011 года № 253)

Статья 3. Ставки тарифов страховых взносов для предприятий, учреждений и организаций Кыргызского общества слепых и глухих и их работников

Тарифы страховых взносов устанавливаются:

а) для работодателей - предприятий, учреждений и организаций Кыргызского общества слепых и глухих:

- ежемесячно от всех видов выплат, начисленных в пользу работников, в том числе работников - инвалидов и пенсионеров, - в размере 17,25 процента.

Распределение сумм страховых взносов по фондам производится в следующих размерах:

в Пенсионный фонд - 15 процентов;

в Фонд обязательного медицинского страхования - 2 процента;

в Фонд оздоровления трудящихся - 0,25 процента;

б) для работников ежемесячно от всех видов выплат, начисленных в их пользу, независимо от источников финансирования, за исключением работников-пенсионеров, - в размере 9,5 процента.

Распределение сумм страховых взносов по фондам производится в следующих размерах:

в Пенсионный фонд - 7,5 процента;

в Государственный накопительный пенсионный фонд - 2 процента;

для нанятых работников, указанных в пункте "а" статьи 11¹ настоящего Закона, - в размере 9,5 процента в Пенсионный фонд;

в) для работников - инвалидов и пенсионеров (кроме инвалидов Великой Отечественной войны и приравненных к ним лиц и участников Великой Отечественной войны) - ежемесячно от всех видов выплат, начисленных в их пользу, независимо от источников финансирования, - в размере 2 процентов в Пенсионный фонд.

(В редакции Законов КР от 13 февраля 2005 года № 29, 30 июня 2005 года № 87, 24 февраля 2006 года № 63, 10 августа 2007 года № 144, 20 июля 2009 года № 238, 24 декабря 2011 года № 253)

Статья 4. Ставки тарифов страховых взносов для некоммерческих кооперативов, общественных фондов, общественных объединений, товариществ собственников жилья, религиозных организаций и их работников

1. Тарифы страховых взносов устанавливаются:

а) для работодателей - некоммерческих кооперативов, общественных фондов, общественных объединений, товариществ собственников жилья и религиозных организаций:

- ежемесячно от всех видов выплат, начисленных в пользу работников - инвалидов и пенсионеров, - в размере 13,25 процента.

Распределение сумм страховых взносов по фондам производится в следующих размерах:

в Пенсионный фонд - 13 процентов;

в Фонд оздоровления трудящихся - 0,25 процента;

б) для работников - инвалидов и пенсионеров (кроме инвалидов Великой Отечественной войны и приравненных к ним лиц и участников Великой Отечественной войны) - ежемесячно от всех видов выплат, начисленных в их пользу, независимо от источников финансирования, - в размере 2 процентов в Пенсионный фонд.

2. Работникам некоммерческих кооперативов, общественных фондов, общественных объединений, товариществ собственников жилья и религиозных организаций, не являющимся инвалидами и пенсионерами, начисление и уплата страховых взносов, а также распределение сумм страховых взносов по фондам производится в соответствии со статьей 2 настоящего Закона.

(В редакции Законов КР от 30 июня 2005 года № 87, 10 августа 2007 года № 144, 20 июля 2009 года № 238, 24 декабря 2011 года № 253)

Статья 5. Ставки тарифов страховых взносов для крестьянских (фермерских) хозяйств

1. Тарифы страховых взносов и порядок их уплаты для крестьянских (фермерских) хозяйств, осуществляющих свою деятельность с образованием юридического лица, устанавливаются в соответствии со статьей 2 настоящего Закона.

2. Тарифы страховых взносов для крестьянских (фермерских) хозяйств без образования юридического лица устанавливаются в размере базовой ставки земельного налога на текущий год с уплатой единовременно до 25 июля или равными долями до 25 июля и до 25 декабря текущего года.

Распределение сумм страховых взносов по фондам производится в следующих размерах:

в Пенсионный фонд - 91,7 процента;

в Фонд обязательного медицинского страхо-

вания - 7,4 процента; в Фонд оздоровления трудящихся - 0,9 процента.

Внесенные суммы страховых взносов распределяются между трудоспособными членами хозяйства в зависимости от трудового вклада и заносятся на личный страховой счет каждого.

3. В случае стихийных бедствий (наводнения, сели, землетрясения, оползни, град, засуха, заморозки) или других чрезвычайных ситуаций крестьянские (фермерские) хозяйства освобождаются от уплаты страховых взносов за текущий год за пострадавшие сельскохозяйственные угодья при соответствующем комиссионном подтверждении органами Социального фонда совместно с представителями местных государственных администраций и органов местного самоуправления.

4. При передаче крестьянским (фермерским) хозяйством своей земли в аренду тариф страхового взноса устанавливается в размере базовой ставки земельного налога на текущий год и уплачивается арендодателем земли в соответствии с пунктом 2 настоящей статьи.

5. Льготы по уплате земельного налога на размеры страховых взносов не распространяются.

(В редакции Законов КР от 13 февраля 2005 года № 29, 30 июня 2005 года № 87, 5 августа 2005 года № 120, 12 мая 2006 года № 85, 20 июля 2009 года № 238)

Статья 6. Ставки тарифов страховых взносов для индивидуальных предпринимателей

1. Для индивидуальных предпринимателей без образования организации, применяющих упрощенную систему налогообложения или налогообложение на основе налогового контракта, тарифы страховых взносов устанавливаются ежемесячно в размере 9,25 процента от размера среднемесячной заработной платы.

Распределение сумм страховых взносов по фондам производится в следующих размерах:

в Пенсионный фонд - 8 процентов;

в Фонд обязательного медицинского страхования - 1 процент;

в Фонд оздоровления трудящихся - 0,25 процента.

2. Индивидуальными предпринимателями без образования организации, применяющими специальный налоговый режим на основе патента (за исключением индивидуальных предпринимателей, получающих доход от сдачи в аренду движимого и недвижимого имущества), уплата страховых взносов производится путем приобретения страховых полисов. Страховой полис является документом об уплате физическим лицом страховых взносов за определенный период. Порядок приобретения и стоимость страховых полисов ус-

танавливаются Правительством Кыргызской Республики.

3. Индивидуальные предприниматели, использующие труд наемных работников, начисление и уплату страховых взносов в свою пользу осуществляют в соответствии с пунктами 1 или 2 настоящей статьи, а начисление, уплату и распределение сумм страховых взносов по фондам за нанятых работников производят в соответствии со статьей 2 настоящего Закона, за исключением индивидуальных предпринимателей и их наемных работников, занятых в текстильном и швейном производствах.

Для индивидуальных предпринимателей и их наемных работников, занятых в текстильном и швейном производствах, тарифы страховых взносов устанавливаются:

а) для работодателей - ежемесячно в размере 6 процентов, исчисленного от 40 процентов размера среднемесячной заработной платы.

Распределение сумм страховых взносов по фондам производится в следующих размерах:

в Пенсионный фонд - 4,75 процента;

в Фонд обязательного медицинского страхования - 1 процент;

в Фонд оздоровления трудящихся - 0,25 процента;

б) для работников, за исключением работников-пенсионеров, - ежемесячно в размере 6 процентов, исчисленного от 40 процентов размера среднемесячной заработной платы.

Распределение сумм страховых взносов по фондам производится в следующих размерах:

в Пенсионный фонд - 4 процента;

в Государственный накопительный фонд - 2 процента;

б¹) для работников-пенсионеров - ежемесячно в размере 4 процентов, исчисленных от 40 процентов размера среднемесячной заработной платы, в Пенсионный фонд;

для нанятых работников, указанных в пункте "а" статьи 11¹ настоящего Закона, - в размере 6 процентов в Пенсионный фонд.

Уплата страховых взносов для индивидуальных предпринимателей и их наемных работников, занятых в текстильном и швейном производствах, осуществляется путем приобретения страховых полисов.

(В редакции Законов КР от 20 июля 2009 года № 238, 8 июля 2011 года № 86, 24 декабря 2011 года № 253)

Статья 7. Ставки тарифов страховых взносов для отдельных категорий плательщиков

1. Индивидуальные предприниматели и физические лица, получающие доход за сдачу в аренду движимого и недвижимого имущества (кроме сельскохозяйственных угодий), уплату страховых взносов производят ежемесячно в размере 9,25

процента от полученного дохода за вычетом произведенных затрат на содержание этого имущества, но не менее чем от размера среднемесячной заработной платы.

Распределение сумм страховых взносов по фондам производится в следующих размерах:

в Пенсионный фонд - 8 процентов;

в Фонд обязательного медицинского страхования - 1 процент;

в Фонд оздоровления трудящихся - 0,25 процента.

2. Для физических лиц, владеющих земельной долей или ее частью, но не являющихся членами крестьянского (фермерского) хозяйства, или получающих доход за сдачу в аренду своей земельной доли или ее части, размер страховых взносов устанавливается в размере базовой ставки земельного налога на текущий год. Порядок уплаты и распределение сумм страховых взносов по фондам производится в соответствии с пунктом 2 статьи 5 настоящего Закона.

3. При передаче в аренду физическим и юридическим лицам земли из земель Фонда перераспределения сельскохозяйственных угодий страховой взнос устанавливается в размере базовой ставки земельного налога на текущий год и вносится арендодателем земли.

Внесенные арендодателем страховые взносы заносятся на личные страховые счета граждан, работающих на арендованной земле.

Порядок уплаты и распределение сумм страховых взносов по фондам производится в соответствии с пунктом 2 статьи 5 настоящего Закона.

4. Физические лица, осуществляющие свою деятельность без образования юридического лица, работающие на основании выданных лицензий и получающие гонорары (вознаграждение), уплачивают страховые взносы в размере 9,25 процента от полученного гонорара (вознаграждения).

Распределение сумм страховых взносов по фондам производится в соответствии с пунктом 1 настоящей статьи.

(В редакции Законов КР от 13 февраля 2005 года № 29, 30 июня 2005 года № 87, 27 января 2006 года № 31, 10 августа 2007 года № 144, 20 июля 2009 года № 238)

Статья 7¹. Ставки тарифов страховых взносов для работников и физических лиц резидентов Парка высоких технологий

Работники резидентов Парка высоких технологий и его дирекции, резиденты Парка высоких технологий - физические лица (кроме работников, осуществляющих обслуживание и охрану зданий, помещений, земельных участков), за исключением работников-пенсионеров, уплачивают страховые взносы в размере 12 процентов от размера среднемесячной заработной платы.

Распределение сумм страховых взносов по фондам производится в следующих размерах:

в Пенсионный фонд - 10 процентов;

в Государственный накопительный пенсионный фонд - 2 процента.

Работники-пенсионеры уплачивают страховые взносы в размере 10 процентов от размера среднемесячной заработной платы в Пенсионный фонд.

Нанятые работники, указанные в пункте "а" статьи 11¹ настоящего Закона, уплачивают страховые взносы в размере 12 процентов от размера среднемесячной заработной платы в Пенсионный фонд.

(В редакции Законов КР от 8 июля 2011 года № 87, 24 декабря 2011 года № 253)

Статья 8. Ставки тарифов страховых взносов для организаций, созданных в соответствии с международными соглашениями, и лиц, работающих в международных проектах

В настоящей статье:

заказчик работ/услуг - организация, созданная в соответствии с международными соглашениями, заключившая с физическим лицом или индивидуальным предпринимателем договор на выполнение работ или оказание услуг;

исполнитель работ/услуг - физическое лицо или индивидуальный предприниматель, лично (без использования наемного труда) выполняющий работы или оказывающий услуги по гражданско-правовому договору с заказчиком работ/услуг;

работы и услуги - работы и услуги, выполненные и оказанные в соответствии с Гражданским кодексом Кыргызской Республики на возмездной основе, в том числе разовые;

оплата работ/услуг - денежное вознаграждение за выполненные работы и (или) оказанные услуги без учета издержек, связанных с выполнением работ/услуг в объеме заключенного договора.

В организациях, созданных в соответствии с международными соглашениями, и для лиц, работающих в международных проектах, тарифы страховых взносов устанавливаются:

1. Для работодателя и заказчика работ/услуг в пользу работников и исполнителей работ/услуг - граждан Кыргызской Республики, иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих в Кыргызской Республике, - в размере 17,25 процента от всех видов оплаты труда, оплаты работ/услуг, если международными соглашениями не предусмотрены иные правила начисления и уплаты страховых взносов.

Распределение сумм страховых взносов по фондам производится в следующих размерах:

в Пенсионный фонд - 15 процентов;

в Фонд обязательного медицинского страхования - 2 процента;

в Фонд оздоровления трудящихся - 0,25 процента.

2. Для работника и исполнителя работ/услуг - граждан Кыргызской Республики, иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих в Кыргызской Республике, за исключением работников-пенсионеров и исполнителей работ/услуг - пенсионеров, - от всех видов оплаты труда, оплаты работ/услуг, начисленных в их пользу, - в размере 10 процентов.

Распределение сумм страховых взносов по фондам производится в следующих размерах:

в Пенсионный фонд - 8 процентов;

в Государственный накопительный пенсионный фонд - 2 процента.

Для работников-пенсионеров, от всех видов оплаты труда, оплаты работ/услуг, начисленных в их пользу, - в размере 8 процентов в Пенсионный фонд;

для нанятых работников и исполнителей работ/услуг, указанных в пункте "а" статьи 11¹ настоящего Закона, - в размере 10 процентов в Пенсионный фонд.

(В редакции Законов КР от 20 июля 2009 года № 238, 24 декабря 2011 года № 253)

Статья 9. Распределение страховых взносов, уплаченных в Пенсионный и Государственный накопительный пенсионный фонды

Страховые взносы уплаченные в Пенсионный и Государственный накопительный пенсионный фонды в соответствии с настоящим Законом, распределяются в следующих размерах:

1. От работодателя:

а) уплачивающего страховые взносы в соответствии с пунктом 1 статьи 2, пунктом "а" статьи 3, пунктом 1 статьи 5, пунктом 3 статьи 6 (за исключением работников текстильного и швейного производств) и пунктом 1 статьи 8:

- на личный страховой счет застрахованного лица - 12 процентов;

- в солидарную часть Пенсионного фонда - 3 процента;

б) уплачивающего страховые взносы в соответствии с подпунктом "а" пункта 1 статьи 4:

- на личный страховой счет застрахованного лица - 10 процентов;

- в солидарную часть Пенсионного фонда - 3 процента;

в) уплачивающего страховые взносы в соответствии с подпунктом "а" пункта 3 статьи 6:

- на личный страховой счет застрахованного лица - 2,75 процента;

- в солидарную часть Пенсионного фонда - 2 процента.

2. От работника (за исключением работников,

указанных в статье 11¹ настоящего Закона):

а) уплачивающего страховые взносы в соответствии с подпунктом "а" пункта 2 статьи 2, пунктом 1 статьи 5, пунктом 3 статьи 6 (за исключением работников текстильного и швейного производств) и пунктом 2 статьи 8:

- на личный страховой счет застрахованного лица - 8 процентов;

- в накопительную часть личного страхового счета застрахованного лица - 2 процента;

б) уплачивающего страховые взносы в соответствии с подпунктом "б" пункта 2 статьи 2, пункта "в" статьи 3, подпункта "б" пункта 1 статьи 4:

- на личный страховой счет застрахованного лица - 2 процента;

в) уплачивающего страховые взносы в соответствии с подпунктом "б" пункта 3 статьи 6:

- на личный страховой счет застрахованного лица - 4 процента;

- в накопительную часть личного страхового счета застрахованного лица - 2 процента;

г) уплачивающего страховые взносы в соответствии со статьей 7¹:

- на личный страховой счет застрахованного лица - 10 процентов;

- в накопительную часть личного страхового счета застрахованного лица - 2 процента.

3. От работника, указанного в пункте "а" статьи 11¹ настоящего Закона:

а) уплачивающего страховые взносы в соответствии с подпунктом "а" пункта 2 статьи 2; пунктом 1 статьи 5 и пунктом 2 статьи 8:

- на личный страховой счет застрахованного лица - 10 процентов;

б) уплачивающего страховые взносы в соответствии с пунктом "б" статьи 3:

- на личный страховой счет застрахованного лица - 9,5 процента;

в) уплачивающего страховые взносы в соответствии с подпунктом "б" пункта 3 статьи 6:

- на личный страховой счет застрахованного лица - 6 процентов;

г) уплачивающего страховые взносы в соответствии со статьей 7¹:

- на личный страховой счет застрахованного лица - 12 процентов.

4. От работника, указанного в пункте "б" статьи 11¹ настоящего Закона:

а) уплачивающего страховые взносы в соответствии с подпунктом "а" пункта 2 статьи 2, пунктом 1 статьи 5 и пунктом 2 статьи 8:

- на личный страховой счет застрахованного лица - 8 процентов;

б) уплачивающего страховые взносы в соответствии с подпунктом "б" пункта 2 статьи 2, пункта "в" статьи 3, подпункта "б" пункта 1 статьи 4:

- на личный страховой счет застрахованного лица - 2 процента;

в) уплачивающего страховые взносы в соответствии с подпунктом "б" пункта 3 статьи 6:

- на личный страховой счет застрахованного лица - 4 процента;

г) уплачивающего страховые взносы в соответствии со статьей 7¹:

- на личный страховой счет застрахованного лица - 10 процентов.

5. От членов крестьянского (фермерского) хозяйства, уплачивающих страховые взносы в соответствии с пунктом 2 статьи 5:

- на личный страховой счет застрахованного лица - 91,7 процента от начисленных страховых взносов.

6. От индивидуального предпринимателя:

а) уплачивающего страховые взносы в соответствии с пунктом 1 статьи 6, пунктами 1 и 4 статьи 7:

- на личный страховой счет застрахованного лица - 8 процентов;

б) уплачивающего страховые взносы в соответствии с пунктом 2 статьи 6:

- на личный страховой счет застрахованного лица - 100 процентов начисленных страховых взносов.

(В редакции Закона КР от 24 декабря 2011 года № 253)

<...>

Статья 11. Освобождение от уплаты страховых взносов

1. Инвалиды Великой Отечественной войны и участники Великой Отечественной войны и приравненные к ним лица освобождаются от уплаты страховых взносов в полном объеме на все виды выплат, начисленных в их пользу.

Работодателем начисление и уплата страховых взносов на все виды выплат в пользу инвалидов Великой Отечественной войны и приравненных к ним лиц и участников Великой Отечественной войны производятся по соответствующей категории плательщиков в полном объеме.

2. Инвалиды I и II групп, занятые индивидуальной предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, и инвалиды I и II групп, имеющие земельную долю в крестьянском (фермерском) хозяйстве без образования юридического лица, полностью освобождаются от уплаты страховых взносов.

За земельные доли в крестьянских (фермерских) хозяйствах без образования юридического лица, принадлежащие инвалидам I и II групп, страховые взносы имеют право уплачивать трудоспособные члены хозяйства. Внесенные суммы страховых взносов заносятся на их личные страховые счета.

3. От начисления и уплаты страховых взносов в полном объеме освобождаются все виды выплат, начисленных в пользу работников - подростков до 16 лет, принятых на работу в соответствии с Трудовым кодексом Кыргызской Республики.

4. (Исключен Законом КР от 13 февраля 2005 года № 29)

5. Дирекция Парка высоких технологий, а также лица, зарегистрированные в качестве резидентов Парка высоких технологий в соответствии с законодательством Кыргызской Республики, освобождаются от уплаты страховых взносов в полном объеме на все виды выплат в пользу работников, принятых на постоянную или временную работу; работу по договору или контракту, соглашению, а также на выполнение разовых работ/услуг в течение 15 лет с момента государственной регистрации в качестве резидента Парка высоких технологий в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

(В редакции Законов КР от 13 февраля 2005 года № 29, 10 августа 2007 года № 144, 8 июля 2011 года № 87)

Статья 11¹. Освобождение от уплаты страховых взносов в Государственный накопительный пенсионный фонд

От обязательной уплаты страховых взносов в Государственный накопительный пенсионный фонд освобождаются:

а) работники, а также исполнители работ/услуг, указанные в статье 8 настоящего Закона, - мужчины, рожденные ранее 1 января 1964 года, и женщины, рожденные ранее 1 января 1969 года;

б) работники-пенсионеры.

(В редакции Закона КР от 24 декабря 2011 года № 253)

Статья 12. Виды выплат, на которые не начисляются страховые взносы

Страховые взносы в Социальный фонд Кыргызской Республики не начисляются на следующие виды выплат:

1. Субсидии, компенсации, пенсии, пособия и стипендии, выплачиваемые в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

2. Стоимость путевок в санаторно-курортные учреждения, дома отдыха, пансионаты, санатории-профилактории, детские оздоровительные центры.

3. Суммы материальной помощи, оказываемой работникам в связи с возмещением материального ущерба в результате постигших их стихийных бедствий и пожара, болезнью, а также в связи со смертью работника или его близких родственников.

4. Суммы, получаемые за сдачу крови, от других видов донорства, за сдачу грудного молока, а также суммы, получаемые работниками медицинских учреждений за сбор крови.

5. Алименты, получаемые на детей в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

6. Суммы, выплачиваемые в соответствии с законодательством Кыргызской Республики в возмещение вреда, причиненного работникам трудовым увечьем, профессиональным заболеванием либо иным повреждением здоровья.

7. Единовременная материальная помощь, оказываемая в благотворительных целях инвалидам, пенсионерам, детям-сиротам, многодетным матерям.

8. Компенсации, выплачиваемые по возмещению расходов при осуществлении представительских функций в соответствии с законодательством, в связи со служебными командировками, переводом на работу в другую местность в пределах норм, установленных законодательством Кыргызской Республики.

9. Стоимость выдаваемой в пределах установленных норм специальной одежды, специальной обуви, других средств индивидуальной защиты, мыла, смывающих и обезвреживающих средств, молока и лечебно-профилактического питания для занятых на работах по списку № 1, 2 (за исключением стоимости фирменной одежды, обмундирования, выдаваемых бесплатно или с частичной оплатой и остающихся в личном пользовании).

10. Стипендии, выплачиваемые за счет средств организации студентам (аспирантам), направленным на обучение с отрывом от производства, а также стипендии, учреждаемые и выплачиваемые предприятиями, организациями, учреждениями и фондами в благотворительных целях.

11. Оплата труда граждан, занятых на оплачиваемых общественных работах, организованных органами службы занятости.

12. Доходы, получаемые от участия граждан в управлении собственностью предприятия (дивиденды, проценты, выплаты по долевым паям).

Статья 13. Заработная плата (доход) граждан для начисления страховых взносов

1. Заработная плата (доход) для начисления страховых взносов учитывается по каждому месту работы отдельно.

2. Плательщики страховых взносов, одновременно относящиеся к нескольким категориям

плательщиков, начисление и уплату страховых взносов производят по каждому основанию.

3. Размер страховых взносов, уплачиваемых работодателями за работников, предусмотренных в статьях 2, 3, 4, 8, пункте 1 статьи 5 и пункте 3 статьи 6, и заказчиками работ/услуг за исполнителей работ/услуг, предусмотренных статьей 8 настоящего Закона, не может быть меньше суммы, исчисленной от 40 процентов размера среднемесячной заработной платы. При этом начисление, взимание и внесение страховых взносов, установленных для работника, производятся работодателем с фактически начисленной заработной платы. Начисление, взимание и внесение страховых взносов, установленных для исполнителей работ/услуг в соответствии со статьей 8 настоящего Закона, производятся заказчиком работ/услуг с фактически установленного размера оплаты работ/услуг.

Действие настоящего пункта не распространяется на младший обслуживающий персонал юридических лиц, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, а также на следующие предприятия и организации:

организации, финансируемые из государственного бюджета, независимо от объема финансирования;

государственные предприятия, организации и учреждения;

государственные учебные заведения и учрежденные ими самостоятельные учебные подразделения и филиалы, имеющие статус юридического лица;

организации, финансируемые из средств социального страхования;

предприятия, учреждения и организации Кыргызского общества слепых и глухих;

некоммерческие кооперативы, общественные фонды, общественные объединения, товарищества собственников жилья (в том числе домоуправления), религиозные организации;

сельские товаропроизводители, осуществляющие уплату страховых взносов от фонда оплаты труда.

(В редакции Законов КР от 27 января 2006 года № 31, 10 августа 2007 года № 144, 20 июля 2009 года № 238)

<...>

Президент Кыргызской Республики
А.Акаев

г.Бишкек

от 24 января 2004 года № 8

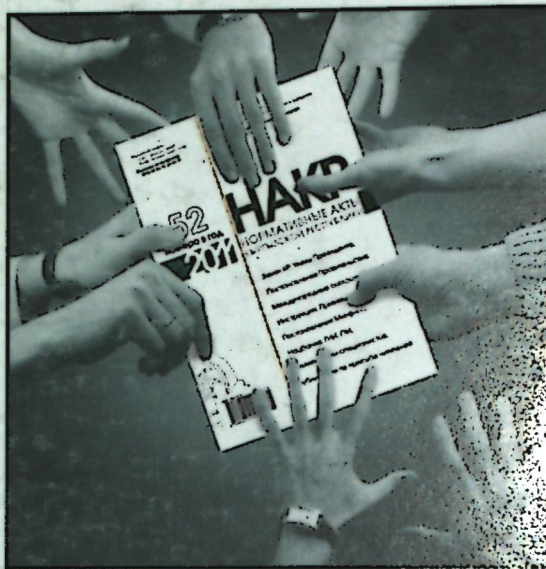
Принят Законодательным собранием Жогорку Кенеша Кыргызской Республики 16 декабря 2003 года

+ Кодекстер + Мыйзамдар + Жума сайын чыккан "НАКР" журналы + Помощник Адвоката + Помощник Нотариуса + ЖЕТЕКЧИЛЕР, БУХГАЛТЕРЛЕР, ЮРИСТТЕР ЖАНА ИШКЕРЛЕР ҮЧҮН ЭҢ МЫКТЫ ЮРИДИКАЛЫК АДАБИЯТ

Өз убагында жазылсаңыз убакытыңызды да, Акчаңызды да өөнөп каласыз!

Для бухгалтеров и для юристов! Подписка

Еженедельный журнал для руководителей,



принимается в любом порядке

в редакция и журнал на www.socadshtr.kg

Подписавшись на нужные издания, Вы экономите свое время и деньги!

ЮРИДИЧЕСКАЯ ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ, БУХГАЛТЕРОВ, ЮРИСТОВ И ПРЕДПРИНИМАТЕЛЕЙ

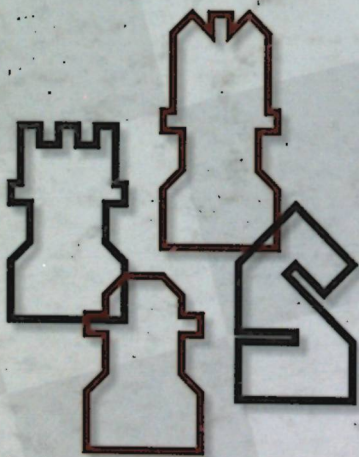
+ Кодексы + Законы + Еженедельный журнал "НАКР" + Помощник + Адвоката + Помощник Нотариуса +

Китептерди басмадан, китеп дүкөндөрдөн жана жеке сатуучулардан сатып алсаңыз боло

Книги можно приобрести в издательстве, книжных магазинах и у частных реализаторов

ИЗДАТЕЛЬСТВО
АКАДЕМИЯ
+996 (312) 64-26-50

ТОКТОМ - УКУКТУК МЕЙКИНДИКТЕ БАШКАРУУЧУ АБАЛДЫ ЭЭЛӨӨ



УКУКТУК МААЛЫМАТТАР ТОПТОМУ

ӨЗ ИШИНИН ЧЕБЕРЛЕРИНЕ

ОЛУТТУУ КОМПАНИЯЛАРДЫН
КЫЗМАТКЕРЛЕРИНЕ

АЗЫРКЫ ЗАМАН МЕНЕН ТЕҢ БАСКАНДАРГА

ТУУРА БАГЫТТЫ ТАНДАЙ БИЛГЕНДЕРГЕ

ЭРТЕҢКИ КҮНГӨ ИШЕНИЧТҮҮ КАРАГАНДАРГА
АРНАЛГАН

КР Мыйзамдары Сиздин компютериңизде "ТОКТОМ Про" жана "ТОКТОМ Лайт" линиялары менен

ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЦЕНТР
ТОКТОМ

720005, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., М. Горький көч., 15
тел.: +996 (312) 54-10-27, факс: +996 (312) 54-03-60
<http://www.toktom.kg>, e-mail: info@toktom.kg