

УДК 340. 624: 616–001. 516: 611. 974

# ПРОТИВОСТОЯНИЕ ЭКСПЕРТНЫХ СУЖДЕНИЙ В КАЗУСЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ОЦЕНКИ ПЕРЕЛОМОВЫВИХА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ

к.м.н., доцент С.Н. Куликов

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» (ректор — академик РАН, д.м.н., профессор Г.П. Котельников), Самара

**Аннотация:** Статья посвящена экспертной трактовке тяжести и механики образования казуса переломовывиха костей предплечья, составляющих локтевой сустав. Показан обмен аргументами (и контраргументами) в длительно текущем во времени судебно-экспертном процессе. Основным предметом экспертного противостояния состоял в противоположной оценке тяжести повреждения (вред здоровью тяжкий или средней тяжести). Принципиальное расхождение экспертных суждений по факту рассматриваемой травмы заключается в применении формулировок дефиниций п. 6.11., п. 6.11.3., п. 6.11.11., п. 7.1. Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека, утверждённых Приказом № 194н Минздравсоцразвития России, 24 апреля 2008 г. Вместе с тем, механику происхождения травмы и способ её причинения непосредственно определяет её морфология. В силу чего, контраргументации подвергали дилемму: «травма произошла при падении» или «травма произошла от прямого удара тупым предметом». Показана важность для экспертного процесса надлежащей визуализации первоначальной морфологии повреждения, задокументированной рентгенограммой по факту первого обращения пострадавшего за медицинской помощью.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, заключение врача-специалиста, дефиниции Медицинских критериев тяжести вреда здоровью, толкование Медицинских критериев тяжести вреда здоровью, медицинская помощь, переломовывиха Монтеджа, вывих костей предплечья, переломовывиха костей предплечья, механика и способ причинения повреждения

## THE CONFRONTATION OF THE EXPERT OPINIONS IN THE FORENSIC EVALUATION OF FRACTURE-DISLOCATION OF THE FOREARMS BONES COMPOSING ELBOW JOINT

S.N. Kulikov

**Annotation:** The article deals with the expert interpretation of the weight and the mechanism of the formation of the casus of fracture-dislocation of the forearm's bones composing elbow joint. The author shows the exchange of the arguments and the counter-evidence in the long forensic process. The main subject of the confrontation was the opposite evaluation of the trauma weight (harm to the health grave or medium-gravity). The principle difference of the expert judgements on the fact of the discussed trauma is in the use of the definitions p. 6.11., p. 6.11.3., p. 6.11.11., p. 7.1. of the Medical criteria of the severity determination of the harm caused to the human's health approved by the Order № 194n by the health Ministry of Russia the 24th of April 2008. At the same time it is morphology that determines the mechanism of the formation of the trauma and the way of its receiving. So the dilemma has come across the counter-evidence: "trauma caused by the fall" and "trauma caused by the straight blow of the dull object". The article shows the importance for the expert process of the proper vision of the initial morphology of the trauma noted by the X-ray on the fact of the first application of the patient for the medical aid.

**Keywords:** forensic medical examination, doctor's epicrisis, definitions of the medical criteria of the weight of health harm, interpretation of the medical criteria of the weight of health harm, medical aid, Monteggia fracture-dislocation, dislocation of the forearm's bones, fracture-dislocation of the forearm's bones, the mechanism of the formation of the trauma

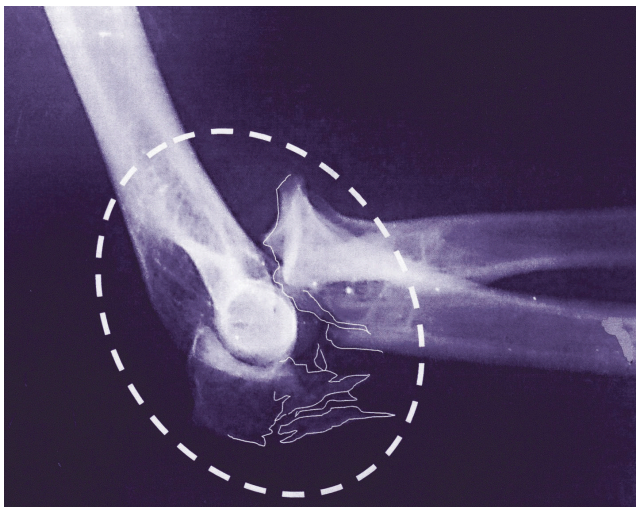
### ВВЕДЕНИЕ

Представляем реперную информацию о процессе экспертного прецедента, в котором уважаемый читатель и коллега может узнать знакомую ситуацию.

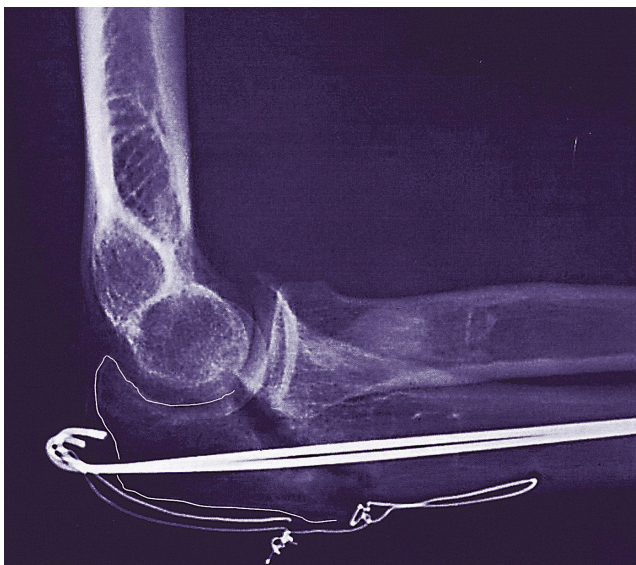
Место состоявшегося судебно-медицинского казуса: два соседствующих региона Приволжского федерального округа, один из которых Самарский. Из материалов уголовного дела, возбужденного по территориальности совершения преступления, следует: субъекту мужского пола, гр. N. 37 лет, в конце

декабря 2013 года на улице в городе D. ... была причинена «тупая» травма костей предплечья, составляющих левый локтевой сустав. В травматологическом пункте города D ... тотчас по факту травмы произведена рентгенограмма поврежденного сустава (рис. 01). Выставлен диагноз: «... оскольчатый перелом локтевого отростка с вывихом предплечья кпереди ...».

В течение этих же суток пострадавший поступил в травматологическое отделение больницы областно-



**Рис. 01. Первичная рентгенограмма по факту причинения травмы**



**Рис. 01.1 Рентгенограмма по факту производства операции остеосинтеза. «Собранный» локтевой сустав**

го центра соседнего Самарского региона. По срочным показаниям ему произвели хирургическую операцию «... остеосинтез левой локтевой кости по Веберу (спицей)» (рис. 02). В данном медицинском учреждении до операции остеосинтеза путём рентгенологического исследования поставили диагноз: «... вторично-открытый оскольчатый перелом верхней трети левой локтевой кости с вывихом головки лучевой кости со смещением».

Спустя два дня, по личному обращению гр. Н. в Самарское областное Бюро СМЭ там произвели акт судебно-медицинского обследования. Из заключения к акту следует: «... многооскольчатый перелом левой локтевой кости с вывихом лучевой кости со смещением ...». Что впоследствии было расценено как вред здоровью средней тяжести, очевидно, по признаку длительного расстройства здоровья, согласно п. 7.1. Приказа № 194н от 24 апреля 2008 г. Минздравсоцразвития Российской Федерации «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека» (в дальнейшем — «194-й Приказ»). При этом из материалов дела невозможно понять, являлись или нет первичная рентгенограмма (рис. 01),

и рентгенограмма, произведённая в больничном стационаре до операции, объектами изучения в ходе судебно-медицинского обследования потерпевшего в Самарском областном Бюро СМЭ.

По факту выписки из травматологического отделения был поставлен заключительный клинический диагноз: «... вторично-открытый многооскольчатый перелом верхней трети левой локтевой кости со смещением отломков с вывихом головки лучевой кости ...».

### **ПРЕДМЕТ ПРОТИВОСТОЯНИЯ. МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТ**

Дальше следует период (февраль 2014 — март 2015 г.) противостояния экспертных суждений, прежде всего, по вопросу медико-экспертной оценки степени тяжести травмы левого локтевого сустава у потерпевшего гр. Н.

В чём заключается предмет противостояния? С одной экспертной стороны, три судебные экспертизы (первичная, две комиссионные и дополнительная), проведённые в областном Бюро СМЭ соседнего региона, указывали на вред здоровью средней тяжести по п. 7.1. 194-го Приказа. Приводим последнюю диагностическую экспертную формулировку травмы: «... вторично открытый оскольчатый перелом локтевого отростка левой локтевой кости с вывихом костей предплечья». В дальнейшем — «диагноз-1».

Другая «экспертная сторона» (Самарский регион) по мере производства указанных судебных экспертиз в ходе предварительного следствия и суда последовательно получила процессуальные доказательства в форме четырех заключений и двух допросов специалиста, указывающих на тяжкий вред здоровью по факту данной травмы, согласно дефинициям п.п. 6.11. и 6.11.11. 194-го Приказа. Заключение самарских специалистов было подтверждено в допросах и на предварительном следствии, и на суде. Их формулировка диагноза такова: «... открытый передней вывих обеих костей предплечья с унифокальным внутрисуставным оскольчатым переломом верхнего конца локтевой кости в промежутке между локтевым и венечным отростками её». В дальнейшем — «диагноз-2».

В чём причина столь упорного и длительного коллегияльного «противостояния»? Дело в том, что первичная рентгенограмма, выполненная тотчас по факту травмы локтевого сустава (рис. 01), и рентгенограмма той же локализации, выполненная потерпевшему в отделении травматологии Самарской городской больницы до оперативного вмешательства, появились как объекты экспертного исследования уже в процессе производства последней дополнительной комиссионной судебной экспертизы (заметим, эта экспертиза произведена в Бюро СМЭ соседнего региона). В течение всего экспертного процесса, вплоть до последней экспертизы, коллеги соседнего региона «не видели» первичную морфологию травмы (рис. 01), а видели скелет уже «собранный» локтевого сустава (рис. 01.1). Что и давало им основание «видеть» только «перелом локтевого отростка».

Между тем, следовало бы с самого начала (с момента производства первичной экспертизы) обратить внимание на картину морфологии травмы тотчас по факту её причинения, а не основываться на анализе послеоперационных контрольных рентгенограмм. Но даже по получению основополагающих материалов (первичных рентгенограмм, произведённых тотчас до и после госпитализации потерпевшего) в последней дополнительной комиссионной экспертизе степень тяжести травмы осталась той же — то есть «вред здоровью средней тя-

жести», по п. 7.1. 194-го Приказа, даже при том, что был констатирован открытый вывих костей предплечья. Это объяснить трудно, но сделать попытку проанализировать настоящую причину крайне важно.

Следует подчеркнуть, что п. 6.11. и последующие пункты Медицинских критериев 194-го Приказа лишены необходимой однозначности и до сих пор являются отрицательно «раздражающими» сознание части судебных медиков. Почему? Потому что допущение дилеммы — применять эти критерии в экспертной практике или «отмахиваться» от них — нередко вызывает у экспертов затруднения. Именно этой проблеме мы с коллегами и уделили особое внимание. В частности, в ряде опубликованных нами работ было рассмотрено допустимое толкование дефиниций этих критериев. Для большей наглядности мы сопроводили их рисуночной графикой, [1, 2, 5–8].

### **АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОГО КРИТЕРИЯ П.6.11.194-го ПРИКАЗА. ЮРИДИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

Итак, рассмотрим суть экспертного принципа Медицинского критерия (Мк) п. 6.11. 194-го Приказа. В его основе лежит понимание влияния медицинской помощи на первичную морфологию травмы. То есть, опираясь на этот критерий, необходимо дать экспертную оценку качества медицинской помощи, с одной стороны. А, с другой, важно указать на уголовно-правовой аспект факта причинения повреждения виновным лицом.

Относительно лечения повреждений, рассматриваемых в рамках поставленной проблемы, мировая практика травматологии выработала четыре классических принципа. Первый — репозиция фрагментов костей и их фиксация. Второй — стабильная фиксация отломков с взаимной их компрессией. Третий — сохранение кровоснабжения кости и мягких тканей за счет атравматической хирургической техники. Четвёртый — безопасное восстановление подвижности в смежных суставах поврежденного сегмента опорно-двигательной системы (ОДС). Надлежащая реализация любого из них относится к процессу оказания специализированной медицинской помощи, осуществление которой требует специальных знаний, навыков и умений. Без медицинской помощи, только за счет саморегуляции организма человека, травмы из номенклатуры п. 6.11. не приведут к восстановлению целостности и функции сегментов ОДС. Такие повреждения по исходу острого периода травматической болезни обычно вызывают последствия в форме нарушения анатомии и расстройства функции. Что влечёт опасность возникновения стойкой утраты трудоспособности не менее чем на 33%.

В медицинской судебно-экспертной практике, которую всегда осуществляют в юридическом процессе, задачи иные. В контексте рассматриваемого Мк правосудие квалифицирует только тот вред здоровью, который причинил виновный субъект, т.е. вред здоровью, возникший во время и на месте, которые юридически представляют собой факультативные элементы объективной стороны преступления (время и место его совершения). Например, время и место совершения дорожно-транспортного происшествия, или время причинения повреждения потерпевшему лицу виновным субъектом при иных обстоятельствах. Но именно в данное время и в установленном месте образуется первоначальная морфология травмы, которая и должна быть подвергнута судебно-медицинской оценке.

При этом доля последствий от медицинских манипуляций в морфологии травмы правосудие может за-

интересовать лишь как факт оказания/ненадлежащего оказания медицинской помощи, который стал предметом рассмотрения уголовного или гражданского дела. В уголовном процессе рассматриваются признаки причинения вреда в ходе оказания медицинской помощи (чаще всего по неосторожности). В гражданском процессе — основания к возмещению материального и морального ущерба за некачественное производство медицинской услуги со стороны ответчика (субъекта здравоохранения). Строго говоря, эти задачи лежат вне контекста применения Мк.

Судебно-медицинские эксперты применяют Медицинские критерии для того, чтобы дать судебно-медицинскую оценку тяжести травмы по её первоначальной морфологии, то есть без учёта влияния медицинской помощи [2, 6, 8, 9]. Между тем, очевидно: судебные медики не могут не затрагивать уголовно-правовой стороны вопроса, уже в силу специфики своей профессиональной деятельности. И если повреждения, отнесённые к п. 6.11., образуются при обстоятельствах, составляющих предмет уголовного преступления, направленного против личности, то, с точки зрения юриспруденции, такие противоправные действия (бездействие) относятся к категории преступлений, имеющих материальный состав.

Преступление с материальным составом считают оконченным лишь с момента наступления общественно опасных последствий, описанных в ч.1. ст. 111 УК РФ. Их наступление находится в прямой причинной связи с совершённым противоправным деянием. Иначе говоря, кроме субъекта преступления между противоправным деянием и его общественно опасным последствием нет каких-либо посредников в форме иных действий (последствий, явлений) или иных субъектов права (например, субъектов оказания медицинской помощи). Принцип юридической оценки ситуации — определить виновность и тяжесть вины только субъекта преступления. Юристы обоснованно считают, что преступление, предусмотренное ст. 111 УК РФ, и, например, предусмотренное ст. 264 УК РФ, имеют материальный состав. Отсюда следует, что дознаватель (следователь, прокурор или судья), опираясь на бланкетный характер диспозиции данной нормы права, назначает судебно-медицинскую экспертизу. При этом общественно опасные последствия расследуемого противоправного деяния уже состоялись. В частности, то или иное повреждение из номенклатуры п. 6.11. состоялось как медико-биологическое событие. Но данный факт, с точки зрения юридической науки, является только частью (!) доказательственной базы совершения общественно опасного действия. И если в норме социальных отношений последствия такого деяния становятся медицинским фактом ещё до его юридического рассмотрения — травма диагностирована, её морфология установлена, врачи назначают и производят лечебный процесс. То при производстве судебной экспертизы момент установления первоначальной морфологии травмы становится фактом в праве, т.е. является утверждением, найденным и зафиксированным предварительным следствием или судом.

Юристы считают преступление оконченным, если совершился факт материальной действительности — причинение повреждения (травмы), когда медицинские эксперты, основываясь на медицинских данных, констатируют это в экспертном заключении. Так, ст. 29 УК РФ гласит, что преступление с материальным составом считается оконченным с момента наступления общественно опасных последствий, описанных в данной ста-



ть». Заметьте, наступления не *клинико-морфологических последствий в форме определившегося исхода травмы* (в коих должны разбираться врачи-клиницисты с экспертных позиций), а наступления последствий *общественно-опасных* (читай: социально-опасных). Это существенная разница!

Следует признать, что с принятием настоящих Медицинских критериев юристы получили возможность дифференцировано подходить к основаниям возбуждений уголовных/административных дел в контексте диспозиций ч. 1 ст. 264 УК РФ и по ч. 2 ст. 12.24 КоАП РФ, тотчас по факту установления конкретного повреждения. Это стало возможным еще и потому, что у врачей — судебно-медицинских экспертов отпала необходимость «ожидать» исхода травмы (фактически исхода лечения) для оценки её тяжести, что интенсифицирует производство дел такой категории в юридическом процессе, [1, 7, 9].

Но вернемся к сути нашего коллегиального «противостояния». Для ясного понимания цели настоящей публикации проиллюстрируем принципиальные расхождения самарских специалистов с выводами специалистов из соседнего региона. Напомним, экспертная диагностическая формулировка последних звучит так: «... вторично открытый оскольчатый перелом локтевого отростка левой локтевой кости с вывихом костей предплечья», («диагноз-1»).

«Диагноз-1» отнесли к факту причинения вреда здоровью средней тяжести по признаку длительного расстройства здоровья, согласно дефиниции п. 7.1. 194-го Приказа. Способ причинения травмы (её механика происхождения): возможно падение потерпевшего с высоты роста с соударением тыльной поверхностью левого локтевого сустава о тупой твёрдый предмет с ограниченной поверхностью. И возможен прямой удар тупым предметом по тыльной поверхности в области локтевого сустава.

Формулировка самарских экспертов: «открытый передний вывих обеих костей предплечья с унифокальным внутрисуставным оскольчатым переломом верхнего конца локтевой кости в промежутке между локтевым и венечным отростками её», («диагноз-2»).

«Диагноз-2» отнесли к факту причинения тяжкого вреда здоровью, согласно дефинициям п. 6.11., п.6.11.11. 194-го Приказа. Способ причинения травмы (её механика происхождения): падение с высоты роста, с соударением тыльной поверхностью левого локтевого сустава о тупой твёрдый предмет с ограниченной поверхностью — исключаем. Морфология травмы свидетельствует о прямом ударе большой силы тупым твёрдым предметом по тыльной поверхности левого предплечья в верхней трети (в проекции верхнего конца локтевой кости), [3–5].

В процессе допроса на суде в марте 2015 года защиты диагноза-2 самарские эксперты сопроводили рядом иллюстраций, куда вошли: фотокопия рентгенограммы первоначальной морфологии травмы (**рис. 01**); фотокопия рентгенограммы по факту производства операции остеосинтеза — «собранный» локтевой сустав (**рис. 01.1**); картина «гипотетического» переломовывиха Монтеджа (**рис. 01.2**); шесть **рисунков-схем** (№ 1, № 2, № 3, № 4, № 5, № 6).

Суд — не аудитория врачей-специалистов. Учитывая это, суть проблемы ему необходимо было наглядно продемонстрировать, используя соответствующий видеоряд [1, 7, 9]. В данном случае была проведена демонстрация предмета для возникновения суждения о переломовывихе Монтеджа. Со-

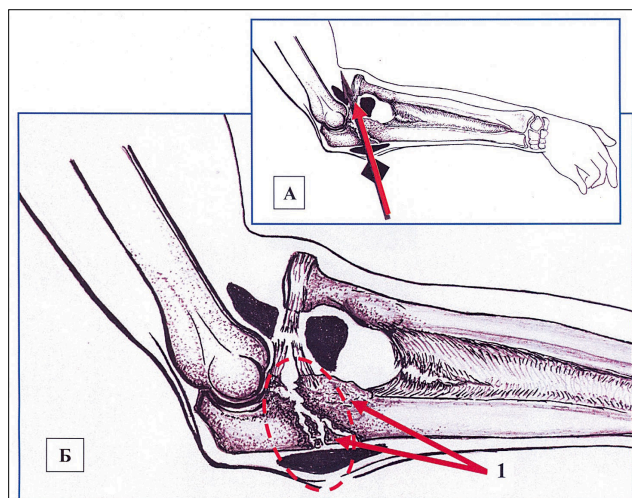


Рис. 01.2. Ретроспектива морфологии и механики переломовывиха костей локтевого сустава в заключениях и в показаниях допроса специалиста, по факту производства судебно-медицинских экспертиз, произведённых без экспертного анализа первичной рентгенограммы (см. рис. 01.). А — механика образования травмы: прямой удар тупым твёрдым предметом с ограниченной повреждающей поверхностью. Б — переломовывих Монтеджа. 1 — перелом верхнего конца локтевой кости, а не локтевого отростка.

#### Медицинский критерий по п. 6.11.3.

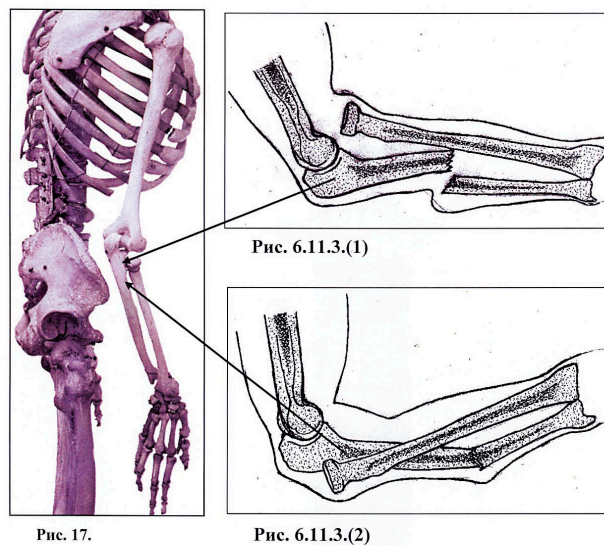


Рис. 17.

Рис. 6.11.3.(2)

Рисунок-схема № 4: переломовывих Монтеджа.

гласно п. 6.11.3. 194-го Приказа, «6.11.3. открытый или закрытый переломовывих костей предплечья: перелом локтевой в верхней или средней трети с вывихом головки лучевой кости (переломовывих Монтеджа) ...». Объяснить это просто. Самарские эксперты обратили внимание на «гипотетический» переломовывих, случившийся именно до момента легитимного «появления» в юридическом процессе первичной рентгенограммы, отображенной на **рис. 01**. До этого, как и эксперты из соседнего региона, их самарские коллеги отталкивались только от картины «собранного» локтевого сустава после факта производства операции остеосинтеза (**рис. 01.1**). Но они ретроспективно воспроизвели морфологию данного переломовывиха в рисуноч-



ной графике (рис. 01.2) и дали разъяснения к нему. И если бы это было в действительности, то данную морфологию следовало бы именовать «высоким» Монтеджем. Высоким, потому, что перелом локтевой кости случился в проекции её верхнего конца, между локтевым и венечным отростками её. Классический переломовывих Монтеджа отображен в опубликованных монографиях по теме (рисунок-схема № 4) [1, 7, 9], где можно увидеть: общий план скелета верхней конечности в боковой проекции (рис. 17); схему боковой проекции руки от нижней трети плеча до уровня лучезапястного сустава (рис. 6.11.3. (1)); разгибательный тип переломовывиха Монтеджа (перелом локтевой кости в средней трети с вывихом головки лучевой кости).

**Рис. 6.11.3. (2)** — схема боковой проекции руки от нижней трети плеча до уровня лучезапястного сустава: сгибательный тип переломовывиха Монтеджа (перелом локтевой кости в средней трети с вывихом головки лучевой кости).

Далее на суде последовательно разъяснили и показали анатомию скелета сочленения плеча-предплечья (рисунок-схема № 1, рисунок-схема № 2). В частности, показали анатомические границы костных элементов локтевой кости (локтевого отростка, венечного отростка, верхней части костномозгового канала, которую непосредственно видел в зоне оскольчатого перелома хирург-оператор, выполнивший операцию остеосинтеза).

Разъяснили структуру морфологии переломовывиха по факту травмы (рисунок-схема № 3). Показали идентификацию Мк по п. 6.11.11. 194-го Приказа в рассмотренном экспертном казусе (рисунок-схема № 5). Проявили итоговый рисунок-схему № 6, сопровождающийся формулировкой диагноза перелома по факту травмы (диагноз – 2).

Произвели кодировку диагноза по факту травмы применительно к рубрикам МКБ–10:

**S50–S59 Травмы локтя и предплечья:**

S51 Открытая рана предплечья

S51.0 Открытая рана локтя

S52 Перелом костей предплечья

S52.0 Перелом верхнего конца локтевой кости. Венечного отростка. Локтя БДУ. Переломовывих Монтеджа. Локтевого отростка. Проксимального конца.

S53 Вывих, растяжение и перенапряжение капсульно-связочного аппарата локтевого сустава

S53.0 Вывих головки лучевой кости

**Плечелучевого сустава** Исключен: переломовывих Монтеджи (S52.0)

S53.1 Вывих в локтевом суставе неуточненный

**Плечелоктевого сустава.** Исключен: вывих только головки лучевой кости (S53.0)

S53.4 Растяжение и перенапряжение капсульно-связочного аппарата локтевого сустава.

В дополнение к этому произвели кодировку диагноза по факту травмы, применительно к универсальной классификации переломов АО/ASIF («швейцарская классификация») [1, 7, 9]. Кодировка по данной классификации состояла в следующем. В1 (унифокальный перелом верхнего конца локтевой кости) + детализация:

а) фокус перелома проксимального конца локтевой кости один (т.е. унифокальный перелом). Центр перелома фокусируется в промежутке между локтевым и венечным отростками локтевой кости. С распространением на нижнюю границу локтевого отростка. (Называть это только «перелом локтевого отростка» — неверно).

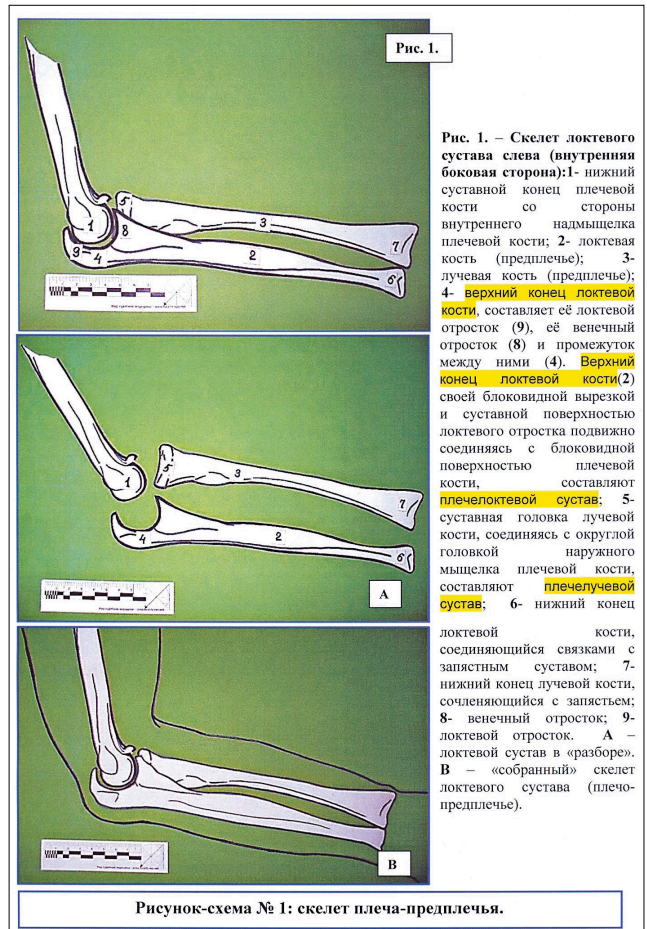


Рис. 1.

**Рис. 1. – Скелет локтевого сустава слева (внутренняя боковая сторона):** 1- нижний суставной конец плечевой кости со стороны внутреннего надмыщелка плечевой кости; 2- локтевая кость (предплечье); 3- лучевая кость (предплечье); 4- верхний конец локтевой кости, составляет её локтевой отросток (9), её венечный отросток (8) и промежуток между ними (4). Верхний конец локтевой кости (2) своей блоковидной вырезкой и суставной поверхностью локтевого отростка подвижно соединяясь с блоковидной поверхностью плечевой кости, составляют плечелоктевой сустав; 5- суставная головка лучевой кости, соединяясь с округлой головкой наружной мышцы плечевой кости, составляют плечелучевой сустав; 6- нижний конец локтевой кости, соединяющийся связками с запястным суставом; 7- нижний конец лучевой кости, соединяющийся с запястьем; 8- венечный отросток; 9- локтевой отросток. А – локтевой сустав в «разборе». В – «собранный» скелет локтевого сустава (плечо-предплечье).

Рисунок-схема № 1: скелет плеча-предплечья.

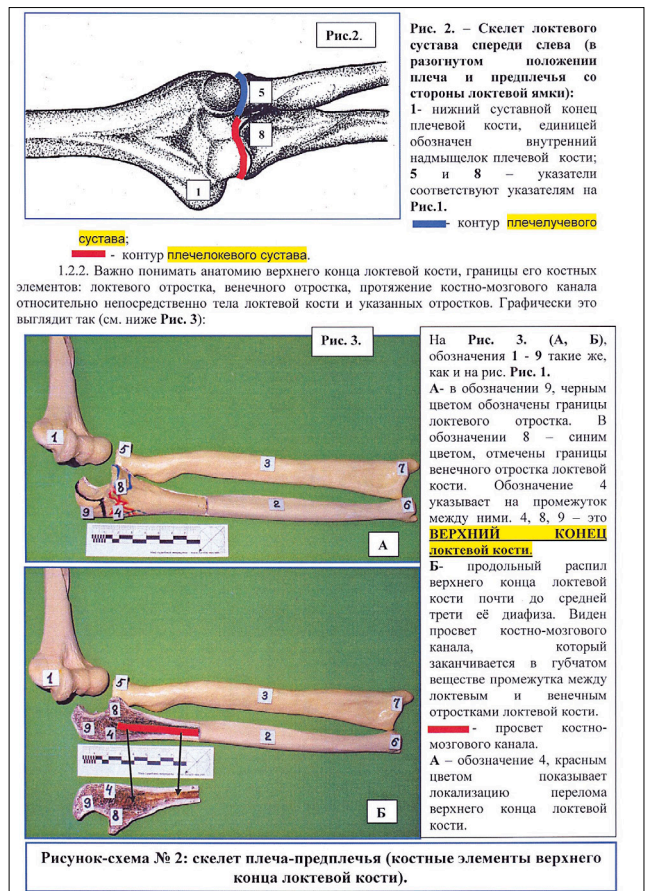


Рис. 2.

**Рис. 2. – Скелет локтевого сустава спереди слева (в разном положении плеча и предплечья со стороны локтевой ямки):** 1- нижний суставной конец плечевой кости, единой обозначен внутренний надмыщелок плечевой кости; 5 и 8 – указатели соответствуют указателям на Рис.1.

— контур плечелучевого сустава;

— контур плечелоктевого сустава.

1.2.2. Важно понимать анатомию верхнего конца локтевой кости, границы его костных элементов: локтевого отростка, венечного отростка, продолжение костно-мозгового канала относительно непосредственно тела локтевой кости и указанных отростков. Графически это выглядит так (см. ниже Рис. 3):

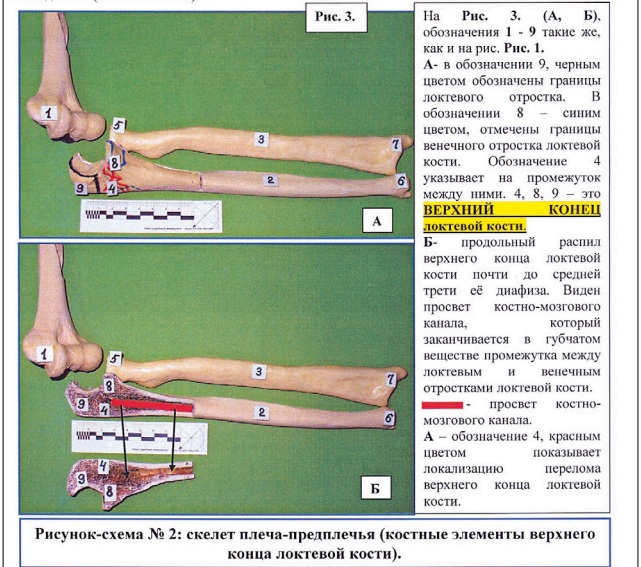
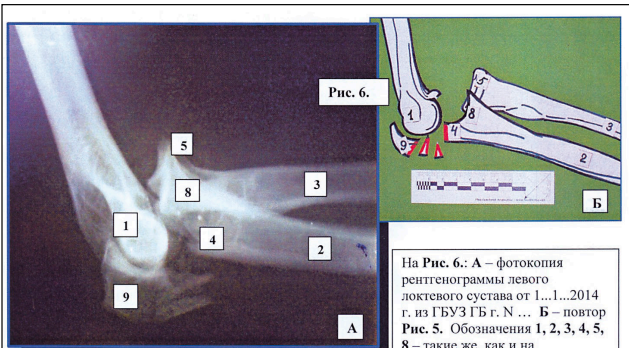


Рис. 3.

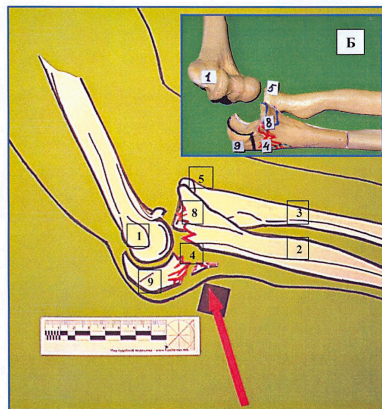
На Рис. 3. (А, Б), обозначения 1 - 9 такие же, как и на рис. Рис. 1. А- в обозначении 9, черным цветом обозначены границы локтевого отростка. В обозначении 8 – синим цветом, отмечены границы венечного отростка локтевой кости. Обозначение 4 указывает на промежуток между ними. 4, 8, 9 – это **ВЕРХНИЙ КОНЕЦ локтевой кости**. Б- продольный разпил верхнего конца локтевой кости почти до средней трети её диафиза. Виден просвет костно-мозгового канала, который заканчивается в губчатом веществе промежутка между локтевым и венечным отростками локтевой кости. — просвет костно-мозгового канала. А – обозначение 4, красным цветом показывает локализацию перелома верхнего конца локтевой кости.

Рисунок-схема № 2: скелет плеча-предплечья (костные элементы верхнего конца локтевой кости).





На Рис. 6.: А – фотокопия рентгенограммы левого локтевого сустава от 1...1...2014 г. из ГБУЗ ГБ г. Н. ... Б – повтор Рис. 5. Обозначения 1, 2, 3, 4, 5, 8 – такие же, как и на предыдущих рисунках.



На Рис.7.: схема морфологии (структуры) травмы левого локтевого сустава по рентгенограмме (А). 4- многооскольчатый перелом верхнего конца локтевой кости, распространяющийся на нижнюю границу локтевого отростка. На фрагменте Б (дубль Рис.3. А), 4 - красными контурными линиями обозначена зона **перелома верхнего конца локтевой кости** в промежутке между локтевым и венечным отростками её. Плюс к этому – вывих обеих костей предплечья без разделения их сочленения друг с другом: вывих локтевой с её переломом верхнего конца и вывих лучевой. То есть вывих одновременно в плечелоктевом и плечелучевом суставах **кпереди** относительно мышцевок плечевой кости.

Рис. 7.

Рисунок-схема № 3: структура (морфология) переломовывиха по факту травмы.

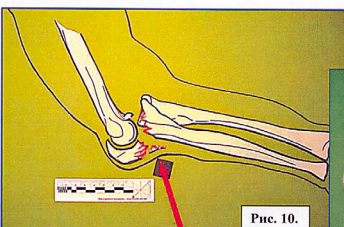


Рис. 10.

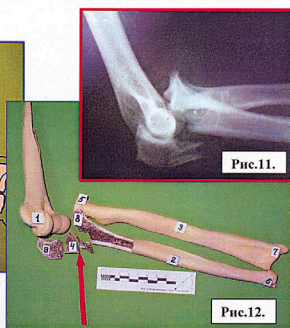


Рис.11.

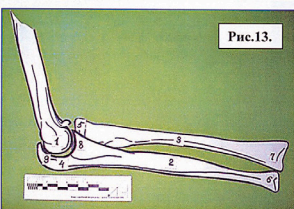


Рис.13.

Рис. 10 – рисунок-схема повреждения левого локтевого сустава в отношении рентгенограммы, отображенной на Рис. 11. Рис.12. – препарат (макет) в М 1:1 костей, составляющих левый локтевой сустав в картине переломовывиха костей предплечья, отображенного на рентгенограмме. Красными стрелками на Рис. 10. и Рис. 12. показано место прямого удара тупым твердым предметом с ограниченной поверхностью, относительно тыльной поверхности верхней трети левого предплечья и направление действия травмирующей силы.

Рис. 13 – нормальная анатомия локтевого сустава. Цифровые обозначения на Рис. 12 –13 см. выше в разъяснениях к Рис. 1, 3, 6, 7.

**ДИАГНОЗ** повреждения в области левого локтевого сустава у Н. ... (Рис.10., Рис.11), на основании изложенного выше:  
 - **открытый передний вывих обеих костей предплечья с унифокальным внутрисуставным оскольчатым переломом верхнего конца локтевой кости в промежутке между локтевым и венечным отростками её** (см. Рис. 7. и разъяснения к нему).  
 В дальнейшем – **ДИАГНОЗ по факту.**

Рисунок-схема № 6: итоговый рисунок-схема по рассматриваемому экспертному случаю.

Унифокальный перелом – локализация перелома длинной трубчатой кости в одном анатомическом участке её (одноочаговый перелом).

б) передний вывих обеих костей предплечья (полное нарушение конгруэнтности в плечелоктевом и плечелучевом суставах);

в) относительно плечелоктевого сустава перелом локтевой кости полный внутрисуставной (тип С), т.к. суставная площадка локтевой кости в поперечнике, полностью разрушена в проекции её блоковидной вырезки;

г) относительно локтевого сустава в целом (сочленение мышцековой зоны плечевой кости с суставными головками локтевой и лучевой костями предплечья), внутрисуставной перелом неполный (тип В), т.к. суставная головка лучевой кости цела. Перелом сочетается с передним вывихом костей предплечья.

Последовательно приводим указанные в тексте рисунки-схемы:

Пункт 6.11. 194-го Приказа: «6.11. 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, относят следующие повреждения: ...». В том числе п. 6.11.11. 194-го Приказа: «6.11.11. открытый вывих плеча или предплечья, или кисти, или бедра, или голени, или стопы с разрывом связочного аппарата и капсулы сустава».

«ЭМК»: вывихи в суставах верхней конечности – задний и передний вывихи костей предплечья в локтевом суставе с повреждением связочного аппарата и капсулы локтевого сустава (Медицинский критерий по п. 6.11.11.).

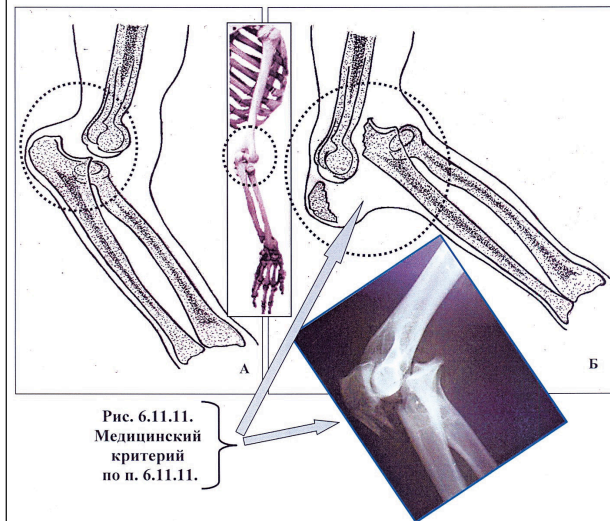


Рис. 6.11.11. Медицинский критерий по п. 6.11.11.

Рисунок-схема № 5: Б – идентификация Медицинского критерия по п. 6.11.11. в рассматриваемом экспертном случае.

Картина первичной рентгенограммы травмы (рис. 01), приведенная на данной схеме под рисунком «Б» костей предплечья, визуально совпадает с рисунком, публикуемом в работах, отображающем морфологию Мк по п. 6.11.11., [1, 7, 9]. Это очевидный факт, визуально и информационно констатируемый в итоговом рисунке-схеме № 6. Не видеть этого нельзя.

Контраргументы, если таковые окажутся представленными в суде экспертами соседнего региона, будут внимательно выслушаны и проанализированы их самарскими коллегами. И, может быть, всему заинтересованному экспертному сообществу будет предоставлена возможность ознакомиться с исходом этой профессиональной дискуссии на страницах данного журнала.

Как полагают врачи — судебно-медицинские эксперты из Самарского Бюро СМЭ, вероятная переквалификация обвинения в отношении подсудимого субъекта является юридической задачей, разрешение которой должно опираться в том числе и на обоснованные судебно-медицинские данные.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Клевно В.А., Куликов С.Н., Копылов А.В. Медицинские критерии вреда здоровью. Дефиниции и иллюстрации: атлас / [Клевно В.А., Куликов С.Н., Копылов А.В.; под ред. проф. Клевно В.А.] — М.: РИО ФГБУ РЦСМЭ Минздравсоцразвития России, 2012. — 367 с.: ил. — С. 334. ISBN 978-5-903341-17-7
2. Клевно В.А., Куликов С.Н. Границы содержания и доступность толкований практических текстовых дефиниций Медицинских критериев вреда здоровью / Клевно В.А., Куликов С.Н. // Судеб. — мед. экспертиза. — 2012. — № 5. — С. 49–52.
3. Куликов С.Н. Судебно-медицинская оценка механизмов травмы крупных суставов верхней конечности: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Куликов С.Н. — М., 1993. — 29 с.
4. Куликов С.Н. Судебно-медицинская оценка механизмов травмы крупных суставов верхней конечности / Куликов С.Н. // Судеб.-мед. экспертиза. — 1994. — № 1. — С. 18–23.
5. Куликов С.Н., Куликов О.С. Элективы судебной медицины (анализ экспертных эпизодов из практики правосудия): монография / С.Н. Куликов, О.С. Куликов. — Самара: ООО ИПК «Содружество», 2009. — 288 с.; С. 73–113. ISBN 978-5-91088-122-2
6. Куликов С.Н., Куликов О.С., Куликов М.А., Хаметов Р.З. О «псевдопрокурорском взгляде» на новые Правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека / Куликов О.С., Куликов М.А., Хаметов Р.З. // Управление качеством медицинской помощи (научно-практический медицинский журнал). Министерство зрав. и соц. разв. Самарской обл. — 2009. — № 2. — С. 24–31.
7. Куликов С.Н., Ардагов С.В. Элективы судебной экспертизы вреда здоровью. Анализ экспертных эпизодов из практики правосудия: монография / С.Н. Куликов, С.В. Ардагов. — Самара: ООО «Самара Люкс Принт», 2012. — 340 с.: ил. — С. 24–39; С. 233–238. ISBN 978-5-91830-061-9
8. Куликов С.Н., Ардагов С.В. О монографии «Элективы судебной экспертизы вреда здоровью: анализ экспертных эпизодов из практики правосудия» / Куликов С.Н., Ардагов С.В. // Управление качеством медицинской помощи (научно-практический медицинский журнал). — 2012. — № 1. — С. 67–77.
9. Куликов С.Н. АТЛАС судебной экспертизы тяжкого вреда здоровью / С.Н. Куликов. — Самара: изд. НОА-НО ВПО СИБиУ, 2012. — 316 с.: ил. — С. 116–120; С.С. 158, 163. ISBN 978-5-902922-23-0

#### Для корреспонденции

**КУЛИКОВ Сергей Николаевич** — доцент кафедры судебной медицины ГБОУ высшего профессионального образования, «Самарский государственный медицинский университет» МЗРФ, к.м.н., врач по специальности «Судебно-медицинская экспертиза» высшей квалификационной категории, юрист, г. Самара, Россия. Член-корреспондент ВАНКБ. Адрес: г. Самара, 443056, ул. Московское шоссе, д. 2, кв. 72. +7 927 202-36-02; факс: (Самара) +7 846 337-80-70; дом. тел. +7 846 265-14-15 • E-mail: pretor\_kulikov@mail.ru