

DOI: <https://doi.org/10.17816/fm6711>

Два компонента судебно-экспертного процесса оценки степени тяжести локальных травм опорно-двигательной системы, неопасных для жизни: рецензия на статью «Спорные вопросы применения медицинского критерия „стойкая утрата общей трудоспособности“ при определении тяжести вреда, причинённого здоровью человека»

С.Н. Куликов

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

В статье на основе междисциплинарного подхода с критических позиций рассмотрена доктрина отрицания судебно-медицинской оценки степени тяжести локальных травм опорно-двигательной системы, неопасных для жизни, без учёта влияния медицинской помощи. В статье показана несостоятельность существующего до сих пор у части судебных медиков, мнения о том, что определение степени тяжести вреда здоровью, по причинению травм неопасных для жизни, без факта определившегося исхода, якобы выражено противоречит базовым положениям Уголовного кодекса Российской Федерации. В контексте темы автор обоснованно указывает на двухкомпонентную суть дефиниции п. 6.11 приказа Минздравсоцразвития России от 24 апреля 2008 г. N 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека». Даны принципиальные разъяснительные положения понятийной конструкции формулировки п. 6.11 в уголовно-правовом и медицинском отношениях. Автор показал отсутствие каких-либо противоречий между данными компонентами. Показана объективная необходимость наличия перечня медицинских критериев вреда здоровью в обновляемой версии проекта приказа Минздрава России «Об утверждении Порядка определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека» по аналогии с текущей редакцией п. 6.11..

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза; стойкая утрата трудоспособности; медицинская помощь; медицинские критерии степени тяжести вреда здоровью; состав преступления; локальные травмы опорно-двигательной системы; исход травмы.

Как цитировать:

Куликов С.Н. Два компонента судебно-экспертного процесса оценки степени тяжести локальных травм опорно-двигательной системы, неопасных для жизни: рецензия на статью «Спорные вопросы применения медицинского критерия „стойкая утрата общей трудоспособности“ при определении тяжести вреда, причинённого здоровью человека» // *Судебная медицина*. 2023. Т. 9, № 2. С. 217–230. DOI: <https://doi.org/10.17816/fm6711>

DOI: <https://doi.org/10.17816/fm6711>

Two components of the forensic assessment process and severity of nonlife-threatening local musculoskeletal injuries: a review of the article “Controversial issues of the use of medical criteria ‘persistent loss of general working capacity’ in determining the severity of harm caused to human health”

Sergey N. Kulikov

Samara State Medical University, Samara, Russian Federation

ABSTRACT

In the article, the doctrine of denying a forensic medical assessment of the severity of local injuries of the musculoskeletal system, which are not life-threatening, is considered from a critical position, based on an interdisciplinary approach, without considering the influence of medical care. The article shows the inconsistency, still present among some forensic physicians, of the opinion that determining the severity of harm to health by causing nonlife-threatening injuries without the fact of a determined outcome is allegedly expressed in violation of the basic provisions of the Criminal Code of the Russian Federation. In the context of the topic, the author reasonably points to the two-component essence of the definition of clause 6.11, 194th order of the Ministry of Health and Social Development of Russia of 2008, dated April 24, 2008, N 194n “On approval of medical criteria for determining the severity of harm caused to human health.” The fundamental explanatory provisions of the conceptual construction of the wording of clause 6.11 are provided in criminal law and medical relations. The author showed that there were no inconsistencies between these components. The presence of a list of medical criteria for harm to health of a similar direction, as in the existing paragraph 6.11, demonstrates the objective need in the updated version of the draft order of the Ministry of Health of Russia “On approval of the procedure for determining the severity of harm caused to human health.”

Keywords: corpus delicti; forensic medical examination; health care; local injuries of the musculoskeletal system; medical criteria for the severity of harm to health; outcome of injury; permanent disability.

To cite this article:

Kulikov SV. Two components of the forensic assessment process and severity of nonlife-threatening local musculoskeletal injuries: a review of the article “Controversial issues of the use of medical criteria ‘persistent loss of general working capacity’ in determining the severity of harm caused to human health”. *Russian Journal of Forensic Medicine*. 2023;9(2):217–230. DOI: <https://doi.org/10.17816/fm6711>

Received: 11.04.2023

Accepted: 12.04.2023

Published online: 18.05.2023

DOI: <https://doi.org/10.17816/fm6711>

评估不危及生命的肌肉骨骼系统局部损伤程度的法医鉴定程序的两个组成部分：一篇名叫《在确定人体损伤程度中应用“永久伤残”鉴定标准的争议问题》文章的评论

Sergey N. Kulikov

Samara State Medical University, Samara, Russian Federation

简评

在跨学科研究方法的基础上，从批判视角来看，文章考虑了关于对不危及生命的肌肉骨骼系统局部损伤程度进行法医学评估的否定学说，不计医疗救护的影响。文章显示，到目前为止在一些法医中存在的观点是毫无根据的，即在确定结果的情况下，他们据称确定不危及生命的人体损伤程度是与《俄罗斯联邦刑法典》的基本条款相抵触的。在这个问题上，作者令人信服地指出俄罗斯联邦卫生和社会发展部于2008年4月24日第194号《关于确定人体损伤程度鉴定标准》的命令第6.11.段的两部分定义。作者在刑法和医学方面提出了关于第6.11.段措词概念结构的原则解释条款。作者表明，这些组成部分之间没有任何矛盾。文章显示，在俄罗斯卫生部《关于确定人体损伤程度的程序》的命令草案的更新版本中，客观上需要有一个与现有第6.11.段条款中性质相似的人体损伤程度鉴定标准清单。

关键词：法医学鉴定；永久伤残；医疗救护；人体损伤程度鉴定标准；犯罪构成要件；肌肉骨骼系统的局部损伤；伤害结果。

To cite this article:

Kulikov SV. 评估不危及生命的肌肉骨骼系统局部损伤程度的法医鉴定程序的两个组成部分：一篇名叫《在确定人体损伤程度中应用“永久伤残”鉴定标准的争议问题》文章的评论. *Russian Journal of Forensic Medicine*. 2023;9(2):217–230. DOI: <https://doi.org/10.17816/fm6711>

收到: 11.04.2023

接受: 12.04.2023

发布日期: 18.05.2023

«А видел ли слона? Каков собой на взгляд!
Я чай, подумал ты, что гору встретил?»
— «Да разве там он?» — «Там».
— «Ну, братец, виноват:
Слона-то я и не приметил».

И.А. Крылов. «Любопытный»¹

В настоящей рецензии представлены основные разъяснительные положения, адресованные Э.В. Туманову и Е.М. Кильдюшову — уважаемым коллегам и авторам статьи, обозначенной в заглавии (в дальнейшем — Статья), к «спорной» дефиниции п. 6.11 приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 апреля 2008 г. № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека» (в дальнейшем — п. 6.11, приказ № 194н соответственно).

В Статье присутствует аргументация, отрицающая научно-практическую доктрину формулировки п. 6.11.

Эпиграф нашей рецензии к Статье навеян аллегорией из басни И.А. Крылова о том, что приятель, детальнейшим образом рассматривая мелкие и мельчайшие экспонаты Кунсткамеры, «не приметил» натурную таксидермическую фигуру слона в экспозиции музея. «Экспозиция музея» сиречь, применительно к рассматриваемому предмету, двухкомпонентная научно-практическая доктрина дефиниции п. 6.11, которую авторы Статьи подвергли «логическому разложению», так и не увидев главной детали. Последнюю, продолжая аллерию басни, узнаваемая часть которой вынесена в эпиграф рецензии, назовём «слоном».

Что же в предмете нашего обсуждения является «слоном»? «Слоном» является двухкомпонентная суть гносеологии применения п. 6.11 в судебно-медицинской экспертной практике. Первый компонент — уголовно-правовой, второй — медицинский. Внутри «слона» — надлежащее представление уголовно-правового компонента врачом — судебно-медицинским экспертом.

Факт публикации Статьи в № 6 журнала «Судебно-медицинская экспертиза» за 2022 год ещё раз показал существующее «мерцающее» явление — явление частичной и, вероятно, добросовестной аберрации гносеологии применения части Медицинских критериев тяжести вреда, причинённого здоровью человека, утверждённых (подчёркиваем: утверждённых, а не разработанных) руководящим аппаратом Минздрава России в 2008 году.

Обозначенное явление «мерцает» до сих пор в обществе судебно-медицинских экспертов России. В части своей оно выражается в «обоснованном сомнении» относительно допустимой «легитимности» п. 6.11. Слова, взятые в кавычки, обозначены так не случайно.

В заключительной части Статьи авторы в трёх составляющих аккордно констатируют: «...Можно констатировать, что требование, указанное в п. 6.11 Критериев, — устанавливать в случаях, перечисленных в пп. 6.11.1–6.11.9 Критериев, тяжкий вред как вызывающий значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на 1/3, независимо от исхода, не может безоговорочно применяться в экспертной практике, так как оно:

— вступает во внутренние неустранимые противоречия с соответствующими положениями Таблицы процентов стойкой утраты общей трудоспособности...». Это первая составляющая.

Далее: «— не подтверждается общепризнанными медицинскими данными о клиническом и трудовом прогнозе при рассматриваемых повреждениях...». Это вторая составляющая.

Далее: «— выражено противоречит базовым положениям Уголовного кодекса Российской Федерации, согласно которым оценке подлежит только фактически причиненная, а не гипотетически возможная утрата общей трудоспособности...». Это третья составляющая.

Иными словами, «три неизвлекаемых гвоздя забиты» в существующую уже 15-й год дефиницию п. 6.11.

Обозначенная триада настойчиво указывает на то, что п. 6.11 вообще следует вынести из перечня действующих ныне Медицинских критериев «под похоронный марш». Следовательно, в перспективе «надо безоговорочно» исключить данный пункт из перечня Медицинских критериев тяжести вреда, причинённого здоровью человека. То есть «забыть».

Данная ситуация реально существует, так как процесс обновления приказа № 194н в настоящее время активно осуществляют, также с участием Союза медицинского сообщества «Национальная медицинская палата» (НМП), судебные медики России (2022–2023 годы).

Так, в августе–сентябре 2022 года по линии Ассоциации судебно-медицинских экспертов (профессор В.А. Клевно, далее — Письмо Ассоциации СМЭ) при сопровождении НМП (профессор Л.М. Рошаль) в Департамент организации экстренной медицинской помощи и управления рисками здоровью Минздрава России поступил ряд конструктивных предложений по методическому редактированию к обновлению приказа № 194н, где в качестве части данной задачи также рассматривается необходимость дальнейшего существования Медицинских критериев под п. 6.11.

Так что же не так в части суждений по п. 6.11, аккордно обозначенных в Статье, и почему? «Слон» пропущен («не примечен»). Старательно «забывая гвозди», уважаемые авторы не визуализировали его в процессе тщательного гносеологического анализа формулировки данного медицинского критерия. Не увидели его необходимую междисциплинарную суть. Компонент уголовно-правовой

¹ Крылов И.А. Любопытный (Басня): Стих [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://rustih.ru/ivan-krylov-lyubopytnyj-basnya/>.

и компонент медицинский следует рассматривать здесь во взаимно увязанном единстве и в тоже время по отдельности.

Причём присутствие здесь уголовно-правового компонента не требует от врача — судебно-медицинского эксперта профессиональных навыков по специальности «юриспруденция». Врачу-эксперту достаточно данный компонент условно иметь в виду. Данная условность только подкрепляет надлежащее понимание компонента медицинского в дефиниции п. 6.11, что непосредственно относится к профессиональной компетенции судебного медика.

К этому следует отметить, что авторы Статьи в заключении правильно обозначили две первых составляющих медицинского компонента, однако дали им неверную оценку. Неверную потому, что, весьма уместно приведя третью составляющую (уголовно-правовую), в заключительной части Статьи авторы оценили её, по предмету рассматриваемой проблемы, тоже неверно. Ибо дефиниция «факта» (факта совершения преступления и уголовно-правовые признаки его состава) с юридической точки зрения и дефиниция «факта» (факта диагностики травмы, факта её исхода и т.д.) с медицинской точки зрения — вещи разные в своих дисциплинарных формулировках [3–14].

Приводим ещё раз полностью определение п. 6.11: «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...». При этом, заметьте, не «вызвавшему», а «вызывающему».

Для надлежащего понимания терминологического словосочетания второй части п. 6.11 судебным медикам необходимо иметь представление о правовых вариантах определения окончания преступления.

Так, современное уголовное право России учит, что момент окончания преступления определяется в зависимости от законодательной конструкции его состава. В этой связи различают: а) преступления с материальным составом; б) преступления с формальным составом; в) преступления с усечённым составом.

Преступление с формальным составом, в частности, законодатель связывает не с виновным в совершении противоправного действия самого по себе, а только с реальной угрозой наступления общественно опасных последствий. Это, например, преступления, относящиеся к прецедентам нарушения техники безопасности в различных сферах деятельности.

Преступление с усечённым составом считают окончательным с момента совершения действия лицом на более ранней стадии совершения преступления — приготовления

или покушения. Например, преступление «вымогательство» окончено с момента требования, преступление «бандитизм» окончено с момента создания банды и т.д.

Преступление с материальным составом считается окончательным лишь с момента наступления описанных в диспозиции ч. 1 ст. 111 УК РФ общественно опасных последствий. Их наступление находится в необходимой причинной связи с совершённым субъектом противоправным деянием. Иначе говоря, кроме субъекта преступления, между противоправным деянием и его общественно опасным последствием нет (и не может быть) каких-либо посредников в форме каких-либо других действий (последствий, явлений) или иных субъектов права.

Юристы обоснованно считают, что преступления, предусмотренные ст. 111 УК РФ и предусмотренное ч. 1 ст. 264 УК РФ, имеют материальный состав. Отсюда следует, что такие правоприменители, как дознаватель, следователь, прокурор, судья, опираясь на отсылочный (бланкетный) характер установления диспозиции данной нормы права, назначают судебно-медицинскую экспертизу. При этом общественно опасные последствия расследуемого противоправного деяния (преступления) уже состоялись. Травма причинена, в частности, первичная морфологическая картина её, не затронутая специализированной медицинской помощью (МП), установлена [10, 13, 14].

Обычно в норме социальных отношений последствия данного деяния ещё до их юридического рассмотрения трансформируются в факт медико-биологический — травма диагностирована, морфология её становится известной (см. номенклатуру повреждений, п. 6.11.1–6.11.11 Медицинских критериев). При производстве же судебной экспертизы данный научный факт становится фактом в праве, т.е. становится утверждением, найденным и зафиксированным органом проверки истины (предварительным следствием или судом).

Юридическая особенность применения ст. 111 УК РФ «Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью» заключается в том, что правовая обоснованность определения условия, позволяющего применить правосудию данную норму, помимо наличия всех элементов состава преступления, обязательно должна опираться на результаты судебно-медицинской экспертизы. Соответствующее судебно-экспертное заключение, в свою очередь, выстраивают на основе Медицинских критериев. Они никаких признаков правовой нормы не имеют. В них нет никакой структуры нормы права (ни диспозиции, ни гипотезы, ни санкции).

Задача врачей — судебно-медицинских экспертов — дать оценку факту биологическому, т.е. повреждению, травме, от момента его причинения и в развитии его во времени. Причём развитие это может состояться реально и может не состояться, так как обычное течение клиники и морфологии травмы, в частности, значительным образом корректирует МП. Именно в этой связи

юридические комментарии к ст. 111 УК РФ указывают на «неучёт» МП при медико-экспертной оценке установленного ряда повреждений, опасных для жизни.

Приведённую трактовку подтверждают соответствующие комментарии относительно элементов состава преступления, в частности, по ст. 111 УК РФ. Непосредственным объектом посягательства выступают общественные отношения, складывающиеся по поводу сохранения здоровья человека как целостного анатомического состояния организма. Объективная сторона таких посягательств характеризуется наличием обязательных признаков, которые позволяют говорить о так называемом материальном составе оконченного преступления. Юристы доказательно считают преступление оконченным, если совершился факт материальной действительности — причинение повреждения (травмы), когда мы это констатируем в экспертном заключении, на основании медицинских данных (в частности). В подтверждение чему положение ст. 29 УК РФ гласит, что преступление с материальным составом считается оконченным с момента наступления описанных в диспозиции статьи общественно опасных последствий. Заметьте, наступления не клиничко-морфологических последствий в форме определившегося исхода травмы (в коих должны с экспертных позиций разбираться врачи-клиницисты), а последствий общественно опасных (читай: социально опасных). Это значительная разница [11–14].

В уголовно-правовой квалификации последствий общественно опасных учитывают результаты судебно-медицинской оценки тяжести травмы, причинённой потерпевшему субъекту, что непосредственно составляет юридический процесс идентификации объективной стороны преступления в части его внешнего проявления, выразившегося в факте причинения вреда, т.е. в факте причинения травмы виновным субъектом в определённое время, в определённом месте и определённым способом.

Причём морфологическая структура травмы должна быть чётко фиксирована к данным обстоятельствам. Или напротив, могут быть установлены обстоятельства, не относящиеся к противоправным действиям субъекта, причинившего вред. Естественно, это прерогатива правосудия. Наша, судебно-медицинская, задача состоит в предоставлении правосудию сведений о степени тяжести травмы, образовавшейся в месте и во времени, которые представляют собой факультативные признаки объективной стороны преступления, поэтому в формулировке дефиниции п. 6.11 присутствует ключевая фраза «...независимо от исхода и оказания (неоказания) медицинской помощи...». Влияние МП убираем и даём оценку тяжести только первичной морфологии травмы, без влияния МП. Таким образом, «потрясение» УК РФ в доказательство «несостоятельности» п. 6.11 без учёта обозначенных выше особенностей судебными медиками — пустое дело, а вывод авторов Статьи в заключении о том, что дефиниция п. 6.11 «...выраженно противоречит

базовым положениям Уголовного кодекса Российской Федерации, согласно которым оценке подлежит только фактически причинённая, а не гипотетически возможная утрата общей трудоспособности...», не продуман надлежащим образом.

Возвращаясь к упомянутой в начале рецензии басне, отметим, что в этом-то и заключается «слон», которого не заметили. Он — в уголовно-правовом компоненте, краткий анализ которого представлен выше.

Схематично: если при производстве экспертизы видим морфологическую структуру травмы, диагностированной до начала лечебных мероприятий, по перечню п. 6.11.1–6.11.11, есть основания дать заключение по степени тяжести, не ожидая исхода травмы.

О «гипотезе утраты трудоспособности» здесь говорить вообще нет никаких оснований, так как гипотеза в науке требует доказательств. Формы же морфологий травм, прописанные под п. 6.11, есть аксиомы. Почему? Потому, что неполнота понимания первого компонента (уголовно-правового), который является своеобразным компасом в гносеологической функции судебного медика, неизбежно влечёт бесосновательные критические инсинуации «псевдопрокурорского» характера в анализе медицинского компонента п. 6.11 по частностям его медицинских критериев (п. 6.11.1–6.11.11) [8, 10, 11].

На чём же зиждется критика авторов Статьи в рамках медицинского компонента, которая выведена из контентного анализа 1000 выполненных судебно-медицинских экспертиз и обследований, проведённых в целях установления вреда, причинённого здоровью человека, по Медицинскому критерию «стойкая утрата общей трудоспособности»?

Зиждется якобы на «...внутренне неустрашимых противоречиях с соответствующими положениями Таблицы процентов стойкой утраты общей трудоспособности...».

Также зиждется на следующих основных аргументах, выстраивающих отрицание доктрины п. 6.11, а именно на оспаривании, почему не надо учитывать МП. По мнению авторов Статьи, её надо учитывать так как:

а) «...спорными и неоднозначными как с медицинской, так и с правовой позиций являются положения п. 6.11 Критериев, согласно которому при судебно-медицинской экспертизе вред, вызывающий значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на 1/3, независимо от исхода и оказания (неоказания) медицинской помощи, должен оцениваться как тяжкий вред здоровью...».

Также зиждется на том, что перечисление морфологических форм повреждений под п. 6.11 не учитывает всех их возможных и вероятных вариантов:

б) «...не учитывает всех анатомических и клинических вариантов протекания повреждений, отмеченных в п.п. 6.11.1–6.11.9 и, как следствие, не предусматривает всех возможных клинических исходов, односторонне трактуя трудовой и клинический прогноз по факту травмы, до наступления фактического исхода повреждения...».

Также зиждется на том, что якобы формулировка п. 6.11 такие переломы диафизов бедренной и большеберцовых костей, как незначительные по протяжённости, неполные, закрытые, поверхностно расположенные, которые срстаются и не вызывают значительную стойкую утрату трудоспособности, тоже требует относить к «тяжким», именно «требует»:

в) «...незначительные по протяжённости, неполные, закрытые, поверхностно расположенные переломы диафиза (тела) бедренной кости либо диафиза (тела) большеберцовой кости срстаются, не вызывая какой-либо утраты общей трудоспособности, однако, согласно требованию п. 6.11 Критериев, они должны быть расценены как тяжкий вред, причинённый здоровью, вызывающий значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на 1/3 независимо от исхода».

Также зиждется на том, что якобы формулировка п. 6.11 любые конфигурации переломов костей, составляющих локтевой и (или) коленный сустав, «загоняет» под тяжкий вред здоровью. Эксперты же, в силу неопределённости формулировок по травмам костей локтевого и коленного суставов, расценивают данные повреждения двойко или вообще «различно»:

г) «...при переломах костей, составляющих локтевой сустав, практически в 1/2 случаев полное восстановление функции локтевого сустава наступает в пределах до 2 мес от момента травмы, а стойкая утрата общей трудоспособности более 1/3 — только в 1/4 от всех случаев травм, которые сопровождаются переломами костей, составляющих локтевой сустав. Неоднозначна и сама формулировка пп. 6.11.1–6.11.9 Критериев, что приводит к тому, что в экспертной практике одно и то же повреждение разные эксперты могут оценивать различно»;

И в этом же ключе критики:

г¹) «Так, в п. 6.11.2 Критериев „открытый или закрытый перелом костей, составляющих локтевой сустав“ и п. 6.11.7 „открытый или закрытый перелом костей, составляющих коленный сустав, за исключением надколенника“ чётко указывается: „костей, составляющих... сустав“. ...Указанная формулировка использует множественное число — „костей, составляющих“, то есть часть экспертов считают, что в данных случаях для определения стойкой утраты общей трудоспособности не менее чем на 1/3 необходимо, чтобы был перелом не менее двух костей, составляющих локтевой либо коленный сустав...».

Далее в Статье отмечается, что по данному предмету имели место неоднократные письменные разъяснения Минздрава России (как рекомендованные к применению, так и отозванные впоследствии):

д) «...это вновь привело к противоречивым, взаимоисключающим подходам к оценке указанных пунктов Критериев в судебно-медицинской практике...».

В итоге авторы Статьи отмечают все перечисленные аргументы от «а» до «д», показывая нерешённость данной задачи, в связи с чем:

е) «...на практике экспертам нередко приходится указывать в судебно-медицинских экспертизах, что рассматриваемое повреждение причинило стойкую утрату общей трудоспособности, выраженность которой различно оценивается п. 6.11 Критериев (по виду повреждения, без учёта наступивших в действительности последствий) и соответствующими положениями Таблицы (по фактически наступившим последствиям), устанавливая в одном экспертном исследовании две тяжести вреда, причинённого здоровью потерпевшего...».

Рецензионный обзор аргументации медицинского компонента в Статье (от «а» до «е»), отрицающей (оспаривающий) доктрину п. 6.11, ещё раз убедил нас, что мы не зря начали с разъяснения уголовно-правового компонента.

По медицинскому компоненту, отражённому авторами Статьи, указываем на следующие рецензионные контраргументы.

Во-первых, наш контентный анализ по рассматриваемому предмету проблемы проведён гораздо раньше и на гораздо большем фактическом материале. В 2005–2017 годах проведены наблюдения и статистическая обработка казусов травм опорно-двигательной системы (ОДС), неопасных для жизни, в совокупности на 7412 медико-экспертных и клинических эпизодах. Повреждения относились к морфологическим группам, 11 форм которых обозначены под п. 6.11 приказа № 194н.

Наблюдения черпали из судебно-медицинской экспертной и клинической практики и практики производства медико-социальных экспертиз. Изученные случаи действительного неокказания соответствующих медицинских мероприятий по фактам причинения рассмотренных травм были чрезвычайно редки. Последние мы относим, как ни парадоксально, к «экспериментальным данным» по фактическим признакам того, что данные казусы демонстрировали асоциальные явления относительно пострадавших субъектов, которые в силу обстоятельств «выпали» из нормальных социальных условий жизни. Указанные обстоятельства всегда влекли тяжёлый исход (см. наши элективы основных опубликованных источников по предмету рассматриваемой темы [1, 2, 5–9, 11, 13, 14, 15–25]).

Во-вторых, полученные результаты позволили прийти к следующим научно-практическим выводам [21–25].

1. Медицинская помощь кардинально влияет на исход травм изученной морфологии и в 86% случаев максимально нивелирует потенциал развития неблагоприятного исхода, тогда как варианты её негативной организации (или полного отсутствия таковой) неизбежно (необходимо) влекут неблагоприятный исход, непосредственно связанный со стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на 1/3.

2. В вариантах отсроченного оказания МП и её отсутствия по фактам причинения травм выбранного ряда надлежащая регенерация в области повреждения не наступает, в силу чего определившийся исход травмы (по

своей морфологической структуре) всегда значительно превышает нижнюю границу величины стойкой утраты общей трудоспособности (30–33%), что является признаком тяжкого вреда здоровью.

3. Вместе с тем даже при обстоятельствах оказания МП по первому варианту в 10% случаев наблюдаются исходы, связанные со стойкой утратой общей трудоспособности в незначительных размерах (до 10%).

4. Несмотря на подавляющее количество случаев влияния МП, априорно отнесённых к норме (+N, 99,2%), наиболее опасными по осложнённым исходам явились повреждения проксимальных и дистальных отделов конечностей в форме околосуставных и внутрисуставных переломов (перелома-вывихов) в старших возрастных группах (69–85 лет и старше), что составило относительно общего их количества около 79% неблагоприятных исходов. Это несросшиеся переломы в 14% случаев, замедленная консолидация — в 34%, двигательные нарушения в суставе (в основном ограничение движений, контрактуры) — 31%.

5. Результаты проведённого исследования и выработанные практические рекомендации дают объективное основание составлять судебно-медицинскую экспертную оценку степени тяжести травм указанной категории, не ожидая факта их исхода, что позволяет обозначить их сущность в следующей дефиниции: тяжкие повреждения ОДС локального характера, неопасные для жизни, по первичной морфологии и типичному клиническому течению без влияния МП приводящие к неблагоприятному исходу, обычно вызывающему значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на 1/3.

В-третьих — по «спорным» положениям Статьи в частях «а», «б». Почему не надо учитывать МП, разъяснено нами выше. Дефиниции морфологических форм повреждений под п. 6.11 не должны «точка в точку» учитывать все возможные (редко встречающиеся) варианты. Данные пункты составлены с учётом того, что невозможно (и не нужно) прописывать в номенклатурном перечне морфологий травм под п. 6.11 (в формулировках дефиниций каждого медицинского критерия) все мыслимые элементные морфологические комбинации повреждений ОДС, которые может «преподносить» текущая практика. Данные комбинации мы обязаны видеть, в этом состоит экспертная работа. Видеть в перечне приказа № 194н и в соответствующих рубриках XIX раздела МКБ-10 или в Универсальной классификации переломов (УКП) АО / ASIF (классификация переломов швейцарской исследовательской группы «Ассоциация остеосинтеза», 1987 год). Тем более что все формулировки медицинских критериев по п. 6.11 взяты из указанных выше классификаций (МКБ-10 и УКП АО / ASIF). Таким образом, перечень медицинских критериев под п. 6.11 содержит достаточно «кубиков», из которых можно сложить структуру травмы любой конфигурации [14, 18, 19]. Однако если это сложно, то в верстаемом обновлении приказа № 194н есть возможность внести перечень основных уточняющих морфологических форм повреждений, развивающихся

существующие базовые морфологические формы локальных травм ОДС, неопасных для жизни, но влекущих тяжкий вред здоровью, в ракурсе научно-практической доктрины п. 6.11.

Уточняющие морфологические формы данных повреждений приведём далее. Включить их формулировки в обновлённый приказ следует обязательно, чтобы вновь не плодить в перспективе разъяснительные письма Минздрава России по применению Медицинских критериев, утверждённых Министерством ранее.

В-четвёртых — по «спорному» положению Статьи в части «в». Авторы, сами того не заметив, «ломают в открытые двери». Такой конфигурации морфологии переломов нет в перечне Медицинских критериев по п. 6.11. Нет — и всё. В силу чего давать им оценку по степени тяжести следует вне рамок дефиниции п. 6.11.

В-пятых — по «спорным» положениям Статьи в частях «г», «г¹». О понимании нормальной анатомии скелета, связочного аппарата локтевого и коленного суставов, и биомеханики движений в них. Это просто надо знать. И рассуждать вновь о сроках и результатах лечения не надо, так как следует помнить о разъяснении уголовно-правовой составляющей в научно-практической доктрине п. 6.11. Первичная морфология травмы нужна для экспертной оценки. Первичная. Оставьте в покое МП. Обычно в конце резолютивной части судебной экспертизы или акта обследования (после выводов, после заключения), помимо какого-либо приказа Минздрава России, эксперт указывает список специальной литературы.

По тематике применения Медицинских критериев с 2009 года публикации есть, и весьма исчерпывающие, и именно по «суставным» пунктам под п. 6.11. В части конфигураций костно-связочных повреждений публикаций достаточно. Ответы на вопросы и на «спорные» положения, поставленные в данных частях Статьи, там есть. Есть даже в графическом варианте (схематично-рисуночном). В том числе нами схематично прорисованы и сопровождаются подробным разъяснительным текстом все варианты вывихов, переломов, переломов-вывихов по п. 6.11 [1, 2, 13, 14, 18, 19].

Остаётся спросить у авторов Статьи, встречали ли они в изученных экспертизах (обследованиях) по фактам оценки тяжести «суставных повреждений» списки специальной литературы (помимо ссылок на приказ № 194н). И если встречали, то какие и в каком количественном отношении встречали (на 1000 выполненных судебно-медицинских экспертиз и обследований)?

К РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ СИТУАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ПРИНЯТИЯ ОБНОВЛЁННОГО ПРИКАЗА

Действительно, в проекте приказа Минздрава России «Об утверждении Порядка определения степени тяжести

вреда, причинённого здоровью человека»² (в дальнейшем — Проект приказа), пункт направленности, аналогичной п. 6.11, отсутствует. Он исчез без следа.

Письмо Ассоциации СМЭ критично коснулось почти всех пунктов Проекта приказа, в том числе в части полного отсутствия в нём каких-либо формулировок по аналогии с п. 6.11.

Так, из соответствующей выдержки Письма Ассоциации СМЭ, в частности, следует: «Существенное изменение формулировок „Медицинских критериев“, необоснованное сокращение перечня повреждений, отнесённых к категории тяжкого вреда здоровью, является коррупциогенным фактором и приведёт к отмене десятков тысяч вынесенных судами приговоров (часть 1, пункт 2 части 2, пункт 3 части 4 статьи 413 УПК РФ — новые обстоятельства)...».

К этому добавим, что удаление п. 6.11 вызовет процессуальный рецидив неоправданного (как с правовой, так и с медико-экспертной точки зрения) затягивания уголовного процесса на стадиях предварительного и (или) судебного следствия на основании якобы «неясного исхода травмы», морфологическая структура которой будет подпадать (неизбежно) под «ранее существовавшие положения п. 6.11, ныне отменённые», на основании чего сроки приостановления уголовного процесса по известным причинам будут пролонгированы на не менее чем 2–4 мес в лучшем случае или даже на годы [5, 6].

Если примем доктрину отмены п. 6.11, то вновь откажемся назад, в «эпоху» до 2008 года, когда в указанной следственной ситуации плодили дополнительные и (или) повторные судебно-медицинские экспертизы в комиссионном исполнении по одному и тому же факту причинения травмы.

При этом **бесспорно**, что первичная морфология её (от момента причинения и диагностики) неизбежно видоизменяется во времени под влиянием специализированной МП в процессе лечения и реабилитации. В итоге, как всегда, имеем или благоприятный исход, или неблагоприятный, выражающийся стойкой утратой общей трудоспособности в размере как менее, так и более 1/3.

И чего же мы достигаем после отмены п. 6.11? Ничего оптимизирующего, только ретроградного отката назад.

В случае «победы» доктрины отрицания п. 6.11 вновь в зале суда будут весьма актуальны такие адвокатские пассажи, например, как то:

«Ваша честь, мы против того, что моему подзащитному вменяют причинение пострадавшему... тяжкого вреда здоровью по признаку значительной стойкой утраты трудоспособности в размере 55%... В день причинения травмы последнему диагностировали закрытый перелом бедра. По данным проведённой судебно-медицинской экспертизы, перелом, тотчас по факту причинения, не вызывал признаков опасного для жизни состояния...

не сопровождался сложной структурой нарушения целостности бедренной кости. Но в дальнейшем с целью сопоставления отломков были проведены две хирургические операции по установлению металлоконструкций с целью соединения костных отломков... После чего было диагностировано осложнение в форме воспаления костной ткани области травмы (остеомиелит), т.е. область перелома стала инфицированной. И спустя 9 месяцев от момента причинения повреждения диагностировали его исход в форме несросшегося перелома. Ходатайствуем о назначении комиссионной судебно-медицинской экспертизы с целью установления причинно-следственной связи на предмет установления «доли участия» медицинской помощи в формировании состоявшегося неблагоприятного исхода травмы у пострадавшего, так как на стадии первичной диагностики травмы факт инфицирования в области перелома не устанавливали и очагов хронической инфекции пострадавший не имел».

Видим, что юридическая мотивация назначения комиссионной судебной экспертизы весьма и весьма весома. От назначения данной экспертизы судом до момента её готовности в лучшем случае пройдёт ещё 2–3 мес. Плюс к 9 мес, получаем почти год. Причём готовность данной судебной экспертизы не гарантирует неназначение дополнительной или повторной экспертизы по тому же предмету экспертного задания. Это ещё 3–4 мес. Ситуация знакомая. Весьма знакомая до 2008 года.

На сегодняшний день это пройденный этап. С действием п. 6.11 обозначенная выше судебно-экспертная «многоходовка» по понятным причинам исключена.

И вот после 15-летней практики применения рассматриваемой дефиниции медицинского критерия есть предпосылки вернуться на исходные позиции, «потрясая» анналами уголовного кодекса с доминантой «псевдопрокурорского мышления» у части судебных медиков.

Доминанта такова: «нет реализации факта исхода травмы — нет оснований судебно-медицинской оценки её тяжести в рамках признака стойкой утраты общей трудоспособности». «Железная» логика, до сих пор «мерцающая» у ряда наших коллег в понимании п. 6.11.

Только надо помнить о «слоне», о котором мы говорили в начале настоящей рецензии. Ибо УК РФ («его базовые положения», как выражаются авторы Статьи в её итоговой части) содержит нормы уголовного права, а не медицинские критерии. Норма права обладает своей юридической структурой. Уголовно-правовые положения выстраивают юридическую схему состава преступления (его элементы материального и нематериального характера, формы вины и т.д.). Определять одно, и другое, и третье — профессиональное дело правосудия, а не наша (судебно-медицинских экспертов) обязанность.

² Об утверждении Порядка определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://psychiatr.ru/download/2241?view=1&name=Проект+приказа.pdf>.

Наше дело — медицинская составляющая, коей служим. Так давайте служить ей, но помня о «слоне», так как судебная медицина — это медицина в праве (но не «правовая медицина»).

Когда надлежащим образом имеем в виду два компонента (обозначенных выше) в судебно-экспертном процессе оценки степени тяжести локальных травм ОДС, неопасных для жизни, никаких коллегияльных споров возникать не может.

Отрицание отрицания научно-практической доктрины п. 6.11 — **должно остаться** в Проекте приказа и должно быть утверждено во вновь принятом приказе. Ибо иное — есть элемент ретроградного мышления.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ В ЗАКЛЮЧЕНИЕ НАСТОЯЩЕЙ РЕЦЕНЗИИ

В Проекте приказа **должен быть** п. 2.1.11¹.

Далее предлагаем его содержание.

Пункт 2.1.11¹, следующий после п. 2.1.11, надо изложить в преимущественно уже существующей и востребованной в практике дефиниции. Далее идут одиннадцать пунктов, с 2.1.11.1¹ по 2.1.11.11¹, под п. 2.1.11¹, в том числе 31 уточняющих (разъяснительных) подпунктов от «а» до «я²» касательно структуры морфологических форм повреждений «суставных» и «околосуставных» локализаций.

Текст таков:

«2.1.11. Значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть (стойкая утрата общей трудоспособности более 30%).

Стойкая утрата общей трудоспособности определяется в процентах, кратных пяти, в соответствии с Таблицей процентов, приведенной в приложении № 1 к настоящему Порядку.

2.1.11¹. К тяжкому вреду здоровья следует относить тяжкие повреждения из категории локальных травм опорно-двигательной системы (ЛТОДС), неопасные для жизни, без влияния медицинской помощи (МП) неизбежно влекущие неблагоприятный исход, обычно вызывающий значительную стойкую утрату общей трудоспособности (СУОТ) не менее чем на одну треть (не ожидая факта исхода по произведённому воздействию лечебных и реабилитационных мероприятий).

К данным повреждениям относят их следующие морфологические формы:

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

2.1.11.2¹. Открытый или закрытый перелом костей, составляющих локтевой сустав.

Разъяснение к пунктам 2.1.11.1¹, 2.1.11.2¹

Тяжкий вред здоровью устанавливают по фактам переломов дистального отдела плечевой кости

и проксимального отдела обеих костей предплечья, составляющих локтевой сустав.

Переломы дистального отдела плечевой кости (для установления тяжкого вреда здоровью достаточно одной из следующих конфигураций переломов дистального сегмента **одной только плечевой кости**):

а) околосуставные переломы (надмыщелковые), как поперечные, косопоперечные, так и оскольчатые: только надмыщелковые переломы с плоскостью излома, проходящей дистальнее тела плечевой кости без нарушения внутрисуставной части мыщелка (головки и блока плечевой кости), т.е. выше уровня внутрисуставной части мыщелка, но обязательно включающие в свою морфологическую структуру **оба надмыщелка** (наружный и внутренний);

б) внутрисуставные переломы (чрезмыщелковые): чрезмыщелковые переломы головки мыщелка и (или) блока плечевой кости, неполные или полные, или оскольчатые; линейные (краевые) переломы мыщелка плеча, а также переломы мыщелка Y- (V-)образные, или T-образные, или полный оскольчатый перелом мыщелка плеча. Обязательным условием отнесения указанных переломов дистального сегмента плечевой кости к ТВЗ является такая конфигурация перелома мыщелка плечевой кости, которая распространяется на её суставную поверхность.

Переломы проксимального отдела обеих костей предплечья:

в) внутрисуставной перелом проксимального отдела костей предплечья, составляющих лучелоктевой сустав, даже без «сопровождения» одним из вышеуказанных переломов дистального сегмента плечевой кости. Для отнесения переломов проксимального отдела костей предплечья к ТВЗ условием является наличие внутрисуставного оскольчатого (и даже не оскольчатого) перелома обеих костей предплечья (лучевой и локтевой);

в¹) за исключением изолированных одинарных переломов костных элементов дистального (околосуставного) отдела плечевой кости и (или) проксимального (околосуставного и суставного) отдела костей предплечья.

Не оценивают как тяжкий вред здоровью (т.е. не попадают под действие п. 2.1.11.2.¹) изолированные одинарные переломы костных элементов дистального (околосуставного) отдела плечевой кости и проксимального (околосуставного и суставного) отдела костей предплечья.

К таковым в области плечевой кости (костных элементов дистального конца плечевой кости — надмыщелки, мыщелки и пр.), относят:

г) изолированные переломы обоих надмыщелков (не объединённые общей линией излома) — они не затрагивают конфигурацию суставной части мыщелка (сам мыщелок, его головку и блоковидную поверхность);

д) изолированный перелом одного надмыщелка (не распространяющийся на мыщелок, головку и блоковидную поверхность);

е) отрыв внутреннего надмыщелка с ущемлением его в полости локтевого сустава.

К таковым в области локтевой кости (костных элементов проксимального конца локтевой кости) относят:

ж) изолированный одинарный перелом локтевого отростка (независимо от распространения линии перелома на суставную поверхность локтевого отростка);

з) изолированный одинарный перелом венечного отростка (независимо от распространения линии перелома на суставную поверхность блоковидной вырезки локтевой кости);

и) изолированный перелом бугристости (независимо от распространения линии перелома на суставную поверхность блоковидной вырезки локтевой кости).

К таковым в области лучевой кости (костных элементов проксимального конца лучевой кости), относят:

к) изолированный одинарный перелом головки (независимо от распространения линии перелома на суставную окружность головки лучевой кости);

л) изолированный перелом шейки (независимо от распространения линии перелома на суставную окружность головки лучевой кости);

м) изолированный перелом бугристости (независимо от распространения линии перелома на суставную окружность головки лучевой кости).

2.1.11.3¹. Открытый или закрытый перелом-вывих костей предплечья: перелом локтевой в верхней или средней трети с вывихом головки лучевой кости (перелом-вывих Монтеджа) или перелом лучевой кости в нижней трети с вывихом головки локтевой кости (перелом-вывих Галеацци);

2.1.11.4¹. Открытый или закрытый перелом вертлужной впадины со смещением;

2.1.11.5¹. Перелом головки и шейки бедра или внесуставной (межвертельный, чрезвертельный переломы), за исключением изолированного перелома большого и малого вертелов;

2.1.11.6¹. Открытый или закрытый перелом диафиза бедренной кости;

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

Разъяснение к п. 2.1.11.7¹

Тяжкий вред здоровью устанавливают по фактам следующих конфигураций переломов бедренной и (или) большеберцовой кости.

Околосуставные переломы (околосуставной перелом) дистального сегмента бедренной кости:

н) косой метафизарный (может быть поперечный, косопоперечный);

о) фрагментированный метафизарный (фрагментированный латерально или медиально);

п) оскольчатый сложный.

Внутрисуставные переломы (внутрисуставной перелом) дистального сегмента бедренной кости, как в сагиттальной, так и во фронтальной плоскости:

р) внутрисуставной неполный перелом латерального мыщелка;

с) внутрисуставной неполный перелом медиального мыщелка;

т) внутрисуставной неполный в сочетании с околосуставным метафизарным.

Внутрисуставные типичные многооскольчатые переломы (перелом) дистального сегмента бедренной кости, перелом может сочетаться с метафизарным переломом:

у) внутрисуставной полный Т-образный;

ф) внутрисуставной полный Y-образный;

х) внутрисуставной многооскольчатый.

Околосуставные типичные переломы (перелом) проксимальной части большеберцовой кости (ниже мыщелков, распространяющихся через бугристость большеберцовой кости):

ц) околосуставной метафизарный перелом (косой или поперечный). Может иметь место как в сагиттальной, так и во фронтальной плоскости;

ч) околосуставной метафизарный оскольчатый.

Внутрисуставные типичные переломы (перелом) проксимальной части большеберцовой кости (могут распространяться на межмыщелковое возвышение данной кости):

ш) внутрисуставной неполный перелом с латеральной поверхности;

щ) перелом может иметь место в области медиальной поверхности с распространением на межмыщелковое возвышение;

э) внутрисуставной оскольчатый перелом с латеральной или с медиальной поверхности. Может распространяться на межмыщелковое возвышение.

Внутрисуставные типичные переломы (перелом) проксимальной части большеберцовой кости, распространяющиеся сразу на оба мыщелка и на бугристость большеберцовой кости:

ю) полный внутрисуставной перелом. В структуру перелома входят оба мыщелка, может сочетаться с метафизарным (захватывающим бугристость большеберцовой кости);

я) полный внутрисуставной перелом в сочетании со скользящим метафизарным;

я¹) полный внутрисуставной оскольчатый перелом по суставной поверхности с захватом как обоих мыщелков, так и каждого в отдельности;

я²) для реализации дефиниции п. 2.1.11.7¹ медицинского критерия достаточно перелома (того или иного варианта перелома, указанного выше), только одной кости, составляющей коленный сустав.

2.1.11.8¹. Открытый или закрытый перелом диафиза большеберцовой кости;

2.1.11.9¹. 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;

2.1.11.10¹. Компрессионный перелом двух и более смежных позвонков грудного или поясничного отдела позвоночника без нарушения функции спинного мозга и тазовых органов;

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

Конец текста разъяснений.

Собственные мнения, сомнения и споры в научных поисках необходимы.

Авторы Статьи ещё раз заставили нас провести «внутреннюю цензуру» существующей научно-практической доктрины п. 6.11. Это полезно. Это правильно, так как в предтече её рождения мы сами себе задавали эти вопросы. Беспощадно задавали.

В настоящее время в ответственный для нас всех (всех судебно-медицинских экспертов России) период вёрстки нового приказа Минздрава России «Об утверждении

Порядка определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека» следует принять правильные коллегиальные решения. Правильные в отношении медицины, права и социальной направленности.

Часть данного вызова заключается в том, что отрицание отрицания научно-практической доктрины п. 6.11 верно. Иное будет ретроградством.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Источник финансирования. Автор заявляет об отсутствии внешнего финансирования при проведении поисково-аналитической работы.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. This article was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The author declares that he has no competing interests.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клевно В.А., Куликов С.Н., Копылов А.В. Атлас медицинских критериев вреда здоровью / под ред. В.А. Клевно. 2-е изд. М. : Практическая медицина : Ассоциация судебно-медицинских экспертов, 2021. 236 с.
2. Клевно В.А., Куликов С.Н., Копылов А.В. Медицинские критерии вреда здоровью. Дефиниции и иллюстрации : Атлас / под ред. проф. В.А. Клевно. М. : РИО ФГБУ РЦСМЭ Минздравсоцразвития России, 2012. 367 с.
3. Наумов А.В. Практика применения Уголовного кодекса Российской Федерации : комментарии судебной практики и доктринальное толкование / под ред. Г.М. Резника. М. : Волтерс Клувер, 2005. 926 с.
4. Попов В.Л. О необходимости единого содержания основных понятий при экспертизе тяжести вреда здоровью // Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы потерпевших, подозреваемых, обвиняемых и других лиц : тезисы докладов Всероссийской научно-практической конференции. М. ; Рязань : РИО ГОУ ВПО «РГМУ имени академика И.П. Павлова Росздрава» : РИО ФГУ «РЦСМЭ Росздрава», 2007. С. 147–150.
5. Куликов С.Н. К проблеме судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью по фактам закрытых переломов длинных трубчатых костей // Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы потерпевших, подозреваемых, обвиняемых и других лиц : сборник тезисов докладов Всероссийской научно-практической конференции. М. ; Рязань : РИО ГОУ ВПО «РГМУ имени академика И.П. Павлова Росздрава» : РИО ФГУ «РЦСМЭ Росздрава», 2007. С. 119–121.
6. Куликов С.Н., Куликов О.С. Гражданского иска длительностью 15 лет, по факту причинения вреда здоровью, могло не быть // Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы трупа. Ч. 2 : сборник пленарных и стендовых докладов Все-

российской научно-практической конференции, посвящённой 90-летию Санкт-Петербургского ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (Санкт-Петербург, 5–6 июня 2008 г.). СПб., 2008. С. 112–125.

7. Куликов С.Н. Судебно-медицинский компонент юридического процесса доказывания формы вины в следственных прецедентах по уголовным делам, возбуждаемым по признакам составов преступлений, относящихся к обстоятельствам медицинской деятельности // Вопросы судебной медицины, медицинского права и биоэтики : сборник научных трудов / под ред. А.П. Ардашкина, В.В. Сергеева. Самара : Кредо, 2008. С. 216–225.

8. Куликов С.Н., Куликов О.С., Куликов М.А., Хаметов Р.З. О «псевдопрокурорском взгляде» на новые правила определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека // Управление качеством медицинской помощи. 2009. № 2. С. 24–31.

9. Куликов С.Н., Куликов О.С. Судебно-медицинский компонент в идентификации объективной стороны преступления по «медицинским делам» // О проблемных вопросах организации производства судебно-медицинской экспертизы : сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции (Москва, 5–6 ноября 2009 г.) / под общ. ред. проф. В.В. Колкутина М. : РИО ФГУ РЦСМЭ Минздравсоцразвития России, 2009. С. 46–52.

10. Куликов С.Н., Куликов О.С. Элективы судебной медицины (анализ экспертных эпизодов из практики правосудия) : монография. Самара : Содружество, 2009. 288 с.

11. Клевно В.А., Куликов С.Н., Куликов О.С. Судебно-экспертная дефиниция медицинского критерия тяжкого вреда здоровью по факту диагностики локальных травм опорно-двигательной системы, неопасных для жизни // Теория и практика судебной экспертизы. 2010. № 2(18). С. 34–43.

12. Куликов С.Н., Толоконников В.К. Оценка факта причинения повреждения в медико-экспертном и уголовно-правовом отношении // Вопросы судебной медицины, медицинского права и биоэтики : сборник научных трудов / под ред. А.П. Ардашкина, В.В. Сергеева. Самара : Офорт, 2011. С. 110–117.
13. Куликов С.Н., Ардатов С.В. Элективы судебной экспертизы вреда здоровью (анализ экспертных эпизодов из практики правосудия) : монография. Самара : ООО «Самара Люкс Принт», 2012. 340 с.
14. Куликов С.Н. Атлас судебной экспертизы тяжкого вреда здоровью. Самара : Изд-во НОАНО ВПО СИБиУ, 2012.
15. Клевно В.А., Куликов С.Н. Границы содержания и допустимость толкований практических текстовых дефиниций Медицинских критериев вреда здоровью // Судебно-медицинская экспертиза. 2012. Т. 55, № 5. С. 49–52.
16. Клевно В.А. Медицинские критерии вреда здоровью. Экспертная и правоприменительная практика : монография. М. : РИО ФГБУ РЦСМЭ Минздравсоцразвития России, 2012.
17. Клевно В.А., Куликов С.Н. Дефиниции медицинских критериев вреда здоровью: границы содержания и допустимость толкований // Актуальные вопросы медико-криминалистической экспертизы: современное состояние и перспективы развития: материалы научно-практической конференции, посвящённой 50-летию МКО БСМЭ Московской области (27–29 марта 2013 г., Москва) / под ред. проф. В.А. Клевно. М. : ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», 2013. С. 346–356.
18. Куликов С.Н. Противостояние экспертных суждений в случае судебно-медицинской оценки переломовывиха костей предпле-

- чья, составляющих локтевой сустав // Судебная медицина. 2015. Т. 1, № 3. С. 49–55. doi: 10.19048/2411-8729-2015-1-3-49-55
19. Куликов С.Н. «Невидимость» тяжкого вреда здоровью в морфологии перелома-вывиха костей предплечья. Продолжение противостояния // Судебная медицина. 2015. Т. 1, № 4. С. 41–46. doi: 10.19048/2411-8729-2015-1-4-41-46
20. Куликов С.Н. Допустимость судебно-медицинской оценки диагностики тяжести вреда здоровью по морфологии травм опорно-двигательной системы, неопасных для жизни // Медицинская экспертиза и право. 2017. № 1. С. 19–23.
21. Куликов С.Н. Исходы локальных травм опорно-двигательной системы, неопасных для жизни // Судебная медицина. 2017. Т. 3, № 4. С. 12–15. doi: 10.19048/2411-8729-2017-3-4-12-15
22. Куликов С.Н., Клевно В.А., Пузин С.Н. Прикладное значение терминов «исход» и «последствия» в экспертизе вреда здоровью // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2018. № 2. С. 24–32.
23. Куликов С.Н., Клевно В.А., Пузин С.Н. Вред, причинённый здоровью человека. Медицинские критерии. Постулаты классификации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2018. Т. 21, № 3–4. С. 33–39.
24. Клевно В.А., Куликов С.Н., Григорьева Е.Н. Экспертиза вреда здоровью. Исходы и последствия : научно-практическое пособие / под ред. проф. В.А. Клевно, М. : Ассоциация СМЭ, 2019.
25. Куликов С.Н. Варианты обстоятельств медицинской помощи по фактам причинений локальных травм опорно-двигательной системы, неопасных для жизни // Судебная медицина. 2019. № 1S. С. 35–36.

REFERENCES

1. Klevno VA, Kulikov SN, Kopylov AV. *Atlas meditsinskikh kriteriev vreda zdorov'yu*. 2nd ed. Klevno VA, editor. Moscow: Prakticheskaya meditsina: Assotsiatsiya sudebno-meditsinskikh ekspertov; 2021. 236 p. (In Russ).
2. Klevno VA, Kulikov SN, Kopylov AV. *Meditsinskie kriterii vreda zdorov'yu. Definitcii i illyustratsii: Atlas*. KlevnoVA, editor. Moscow: RIO FGBU RTsSME of Ministry of Health and Social Development of Russia; 2012. (In Russ). 367 p.
3. Naumov AV. *Praktika primeneniya Ugolovnogo kodeksa Rossiiskoi Federatsii: kommentarii sudebnoi praktiki i doktrinal'noe tolkovanie*. Reznik GM, editor. Moscow: Wolters Kluwer; 2005. 926 p. (In Russ).
4. Popov VL. O neobkhodimosti edinogo sodержaniya osnovnykh ponyatii pri ekspertize tyazhesti vreda zdorov'yu. In: *Aktual'nye voprosy sudebno-meditsinsko i ekspertizy poterpevshikh, podozrevaemykh, obvinyaemykh i drugikh lits: tezisy dokladov Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii*. Moscow; Ryazan: Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov: RIO FGU "RTsSME Roszdrava"; 2007. P. 147–150. (In Russ).
5. Kulikov SN. K probleme sudebno-meditsinskoj ekspertizy tyazhesti vreda zdorov'yu po faktam zakrytykh perelomov dlinnykh trubchatykh kostei. In: *Aktual'nye voprosy sudebno-meditsinskoj ekspertizy poterpevshikh, podozrevaemykh, obvinyaemykh i drugikh lits. Sbornik tezisov dokladov Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii*. Moscow; Ryazan: Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov: RIO FGU "RTsSME Roszdrava"; 2007. P. 119–121. (In Russ).
6. Kulikov SN, Kulikov OS. Grazhdanskogo iska dlitel'nost'yu 15 let, po faktu prichineniya vreda zdorov'yu, moglo ne byt'. In: *Aktual'nye voprosy sudebno-meditsinskoj ekspertizy trupa, chast' 2. Sbornik plenarnykh i stendovykh dokladov Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii, posvyashchennoi 90-letiyu Saint-Petersburgskogo GUZ "Byuro sudebno-meditsinskoj ekspertizy"* (Saint-Petersburg, 2008 Jun 5–6). Saint-Petersburg; 2008. P. 112–125. (In Russ).
7. Kulikov SN. Sudebno-meditsinskii komponent yuridicheskogo protsessa dokazyvaniya formy viny v sledstvennykh pretседentakh po ugolovnym delam, vzbuzhdaemym po priznakam sostavov prestuplenii, otnosyashchikhsya k obstoyatel'stvam meditsinskoj deyatel'nosti. In: Ardashkina AP, Sergeeva VV, editors. *Voprosy sudebnoi meditsiny, meditsinskogo prava i bioetiki: sbornik nauchnykh trudov*. Samara: Kredo; 2008. P. 216–225. (In Russ).
8. Kulikov SN, Kulikov OS, Kulikov MA, Khametov RZ. O "psevдопрокурорском vzglyade" na novye pravila opredeleniya stepeni tyazhesti vreda, prichinennogo zdorov'yu cheloveka. *Upravlenie kachestvom meditsinskoj pomoshchi*. 2009;(2):24–31. (In Russ).
9. Kulikov SN, Kulikov OS. Sudebno-meditsinskii komponent v identifikatsii ob"ektivnoi storony prestupleniya po "meditsinskim delam". In: Kolkutina VV, editor. *O problemnykh voprosakh organizatsii proizvodstva sudebno-meditsinskoj ekspertizy: sbornik materialov Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii* (Moscow, 2009 Nov 5–6). Moscow: RIO FGU "RTsSME" of Ministry of Health and Social Development of Russia; 2009. P. 46–52. (In Russ).

- 10.** Kulikov SN, Kulikov OS. *Elektivny sudebnoi meditsiny (analiz ekspertnykh epizodov iz praktiki pravosudiya)* [monograph]. Samara: Sodrzhestvo; 2009. 288 p. (In Russ).
- 11.** Klevno VA, Kulikov SN, Kulikov OS. Forensic definition of medical criterion for serious health harm upon diagnostics of local injuries in supporting-motor system that are not life threatening. *Theory and Practice of Forensic Science*. 2010;2(18):34–43. (In Russ).
- 12.** Kulikov SN, Tolokonnikov VK. Otsenka fakta prichineniya povrezhdeniya v mediko-ekspertnom I ugovovno-pravovom otnoshenii. In: Ardashkina AP, Sergeeva VV, editors. *Voprosy sudebnoi meditsiny, meditsinskogo prava i bioetiki: sbornik nauchnykh trudov*. Samara: Ofort; 2011. P. 110–117. (In Russ).
- 13.** Kulikov SN, Ardatov SV. *Elektivny sudebnoi ekspertizy vreda zdorov'yu (analiz ekspertnykh epizodov iz praktiki pravosudiya)* [monograph]. Samara: Samara Luks Print LLC, 2012. 340 c. (In Russ).
- 14.** Kulikov SN. *Atlas sudebnoi ekspertizy tyazhkogo vreda zdorov'yu*. Samara: Izdatel'stvo NOANO VPO SIBiU; 2012. (In Russ).
- 15.** Klevno VA, Kulikov SN. The bounds of contents and admissibility of interpretations of practical text-based definitions of the medical criteria for the harm to health. *Sudebno-Meditsinskaya Ekspertisa*. 2012;55(5):49–52. (In Russ).
- 16.** Klevno VA. *Meditsinskie kriterii vreda zdorov'yu. Ekspertnaya i pravoprimeritel'naya praktika* [monograph]. Moscow: RIO FGBU RTsSME of Ministry of Health and Social Development of Russia, 2012. (In Russ).
- 17.** Klevno VA, Kulikov SN. Definitii meditsinskikh kriteriev vreda zdorov'yu: granitsy sodержaniya i dopustimost' tolkovaniy. In: Klevno VA, editor. *Aktual'nye voprosy mediko-kriminalisticheskoi ekspertizy: sovremennoe sostoyanie i perspektivy razvitiya: materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii, posvyashchennoi 50-letiyu MKO BSME Moskovskoi oblasti* (Moscow, 2013 Mar 27–29). Moscow: GBUZ MO "Byuro SME"; 2013. P. 346–356. (In Russ).
- 18.** Kulikov SN. The confrontation of the expert opinions in the forensic evaluation of fracture — dislocation of the forearms bones composing elbow joint. *Russian Journal of Forensic Medicine*. 2015;3:49–55. (In Russ). doi: 10.19048/2411-8729-2015-1-3-49-55
- 19.** Kulikov SN. The invisibility of the heavy health harm in the morphology of fracture-dislocation of the forearm's bones. confrontation is going on. *Russian Journal of Forensic Medicine*. 2015;1(4):41–46. (In Russ). doi: 10.19048/2411-8729-2015-1-4-41-46
- 20.** Kulikov SN. Allowability of forensic diagnostics of harm to health on the injury morphology of the locomotive system, Non-Life-Threatening. *Meditsinskaya ekspertiza i pravo*. 2017;1:19–23. (In Russ).
- 21.** Kulikov SN. The outcomes of the Non-Live threatening local traumas of the locomotor apparatus. *Russian Journal of Forensic Medicine*. 2017;4:12–15. (In Russ). doi: 10.19048/2411-8729-2017-3-4-12-15
- 22.** Kulikov SN, Klevno VA, Puzin SN. Applied meaning of the terms "Outcome" and "Consequence" in the examination of injury. *Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation. Russian Journal*. 2018;21(3–4):24–32. (In Russ).
- 23.** Kulikov SN, Klevno VA, Puzin SN, Chludueva TA. The harm caused to human health. Medical criterion. Postulates of classification. *Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation. Russian Journal*. 2018;21(3–4):33–39. (In Russ).
- 24.** Klevno VA, Kulikov SN, Grigor'eva EN. *Ekspertiza vreda zdorov'yu. Iskhody i posledstviya: nauchno-prakticheskoe posobie*. Klevno VA, editor. Moscow: Association of Forensic Medical Experts; 2019. (In Russ).
- 25.** Kulikov SN. Varianty obstoyatel'stv meditsinskoi pomoshchi po faktam prichinenii lokal'nykh travm oporno-dvigatel'noi sistemy, neopasnykh dlya zhizni. *Russian Journal of Forensic Medicine*. 2019;1s:35–36. (In Russ).

ОБ АВТОРЕ

* **Куликов Сергей Николаевич**, к.м.н., доцент;
адрес: Российская Федерация, 443056, Самара,
Московское шоссе, д. 2, кв. 72;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1867-3241>;
eLibrary SPIN: 5259-4505;
e-mail: pretor_kulikov@mail.ru

AUTHOR'S INFO

* **Sergey N. Kulikov**, MD, Cand. Sci. (Med.), Assistant Professor;
address: 2 apt. 72 Moskovskoe highway,
443056 Samara, Russian Federation;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1867-3241>;
eLibrary SPIN: 5259-4505;
e-mail: pretor_kulikov@mail.ru