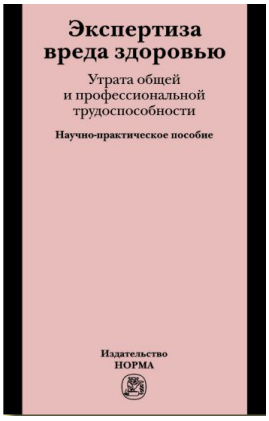

Экспертиза вреда здоровью. Утрата общей и профессиональной трудоспособности: научно-практическое пособие / под ред. проф. В.А. Клевно, акад. РАМН, проф. С.Н. Пузина – М. : ИД «ИНФРА-М», 2013. – 320 с. ISBN 978_5_91768_405_5 (Норма) ISBN 978_5_16_006940_1 (ИНФРА_М). Тираж: 1000 экз. Объем 22,5 п.л. Лично – 11,25 п.л.

Настоящее издание является логическим продолжением начатой работы по научно-методическому обеспечению данного вида экспертиз по определению степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, хорошим дополнением к уже изданным материалам, призванным облегчить производство одной из наиболее сложных видов комиссионной судебно-медицинской и медико-социальной экспертиз.

Книга предназначена для врачей судебно-медицинских экспертов и врачей по медико-социальной экспертизе, может быть использована судом (судьей), лицами, производящими дознание и следователями при назначении и производстве экспертизы вреда здоровью, в случае утраты общей либо профессиональной трудоспособности на разных стадиях уголовного процесса, а также может быть полезной для адвокатов, преподавателей, аспирантов, докторантов, ординаторов, студентов и широкого круга читателей.

{flv}2008-09-09{/flv}

Предисловие

Введение в действие в Российской Федерации с 16 сентября 2008 года Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, ликвидировало много лет существовавший пробел в нормативно-правовой регламентации организационных аспектов судебно-медицинской экспертизы вреда здоровью.

Утверждение Медицинских критериев завершало принятие целого пакета нормативно-правовых актов, в числе которых:

а) федеральный закон от 02.02.2006 г. № 23 – ФЗ «О внесении изменений в статью 52 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» [1] ;

б) постановление Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 г. N 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» [2] (далее – Правила);

в) приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 г. № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» [3] (далее – Медицинские критерии или МК).

Таким образом, в 2008 году судебно-медицинская экспертиза в Российской Федерации получила все необходимые нормативные правовые документы, регулирующие порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, что позволяет врачам – судебно-медицинским экспертам использовать единые, соответствующие действующему законодательству и современным научным достижениям Правила и Медицинские критерии для решения этого важного вопроса.

Для обеспечения единого научно-методического подхода к производству судебно-медицинских экспертиз в отношении живых лиц были изданы: Сборник нормативных правовых документов, регулирующих порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека [4], Комментарий к ним [5], Руководство по судебно-медицинской экспертизе вреда здоровью [6], Ответы на вопросы по применению Правил и Медицинских критериев [7], Экспертная и правоприменительная практика Медицинских критериев [8], Дефиниции и иллюстрации Медицинских критериев [9], которые сегодня являются настольными книгами врачей – судебно-медицинских экспертов.

Несмотря на довольно большое число книг, посвященных данной проблеме, до недавнего времени оставались не освещенными вопросы судебно-медицинской экспертизы и медико-социальной экспертизы при определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека в случаях утраты общей либо профессиональной трудоспособности.

Не вызывает сомнений, что данный вид экспертизы должен носить комиссионный характер, когда судебно-медицинская экспертиза назначается в государственное судебно-экспертное учреждение Бюро судебно-медицинской экспертизы с привлечением в состав комиссии врача по медико-социальной экспертизе. Если экспертиза назначается одномоментно в государственные судебно-экспертные учреждения судебно-медицинской экспертизы и учреждения медико-социальной экспертизы, то такая экспертиза будет называться комплексной с участием в составе комиссии двух и более экспертов разных специальностей: судебно-медицинского эксперта и врача по медико-социальной экспертизе.

В составе той и другой комиссии эксперты решают только те вопросы, в которых каждый из них компетентен. Врач – судебно-медицинский эксперт устанавливает факт причинения вреда здоровью по наличию повреждений, а врач по медико-социальной экспертизе – степень утраты профессиональной трудоспособности и только после этого они вместе устанавливают причинно-следственную связь между травмой и наступившим последствием. В случае установления такой связи, комиссия экспертов определяет

степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека с использованием п.п. 6.11. и 6.12 МК, Таблицы процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин, прилагаемой к Медицинским критериям.

Настоящее издание является логическим продолжением начатой работы по научно-методическому обеспечению данного вида экспертиз по определению степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, хорошим дополнением к уже изданным материалам, призванным облегчить производство одной из наиболее сложных видов комиссионной судебно-медицинской медико-социальной экспертизы.

Книга предназначена для врачей судебно-медицинских экспертов и врачей по медико-социальной экспертизе, может быть использована судом (судьей), лицами, производящими дознание и следователями при назначении и производстве экспертизы вреда здоровью, в случае утраты общей либо профессиональной трудоспособности на разных стадиях уголовного процесса, а также может быть полезной для адвокатов, преподавателей, аспирантов, докторантов, ординаторов, студентов и широкого круга читателей.

---

[1] Источник публикации: "Собрание законодательства РФ", 06.02.2006, N 6, ст. 640, "Парламентская газета", N 23, 08.02.2006, "Российская газета", N 25, 08.02.2006. Примечание к документу: Начало действия документа - 19.02.2006 <*>. Внимание! Данный документ вступил в силу по истечении 10 дней после дня официального опубликования (опубликован в "Собрании законодательства РФ" - 06.02.2006, в "Российской газете" - 08.02.2006). Есть неопределенность с датой начала действия документа, связанная с первой официальной публикацией. Название документа: Федеральный закон от 02.02.2006 N 23-ФЗ "О внесении изменения в статью 52 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан".

[2] Источник публикации: "Российская газета", N 185, 24.08.2007, "Собрание законодательства РФ", 27.08.2007, N 35, ст. 4308. Примечание к документу: Начало действия документа - 01.09.2007. Название документа: постановление Правительства РФ от 17.08.2007 N 522 (с изм. от 24.03.2011 N 206 , 17.11.2011 N 938

)
"Об утверждении правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека".

[3] Источник публикации: "Российская газета", N 188 (4745), 05.09.2008.Примечание к документу: Начало действия документа - 16.09.2008. Название документа: приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 N 194н "Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека" (Зарегистрирован в Минюсте РФ 13.08.2008 N 12118).

[4] Нормативные правовые документы, регулирующие порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: сборник / Клевно В.А. – М.: РИО ФГУ РЦСМЭ Минздравсоцразвития России, 2009. – 64 с.

[5] Комментарий к нормативным правовым документам, регулирующим порядок определения степени тяжести вреда причиненного здоровью человека. — СПб.: Издательство Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2008. — 213 с.

[6] Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью / [Клевно В.А. и др.]; под ред. проф. В.А. Клевно. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 – 300 с. – (Библиотека врача-специалиста).

[7] Клевно В.А., Богомолова И.Н. Определение степени тяжести вреда здоровью: Применение Правил и Медицинских критериев. Ответы на вопросы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – 136 с.

[8] Клевно В.А. Медицинские критерии вреда здоровью: экспертная и правоприменительная практика / В.А. Клевно – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2012. – с.: ил. (Библиотека врача-специалиста)

[9] Клевно В.А., Куликов С.Н. Медицинские критерии вреда здоровью. Дефиниции и

иллюстрации: атлас / под ред. проф. В.А. Клевно – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2012. – с., ил. (Библиотека врача-специалиста)

Пример

Заключение комиссионной судебно-медицинской экспертизы от 21.10.2010 г. . 188/2010 *(экспертиза по материалам гражданского дела 2-271/10 по иску гр. П., 1960 г.р., о возмещении вреда, причиненного здоровью в связи с ДТП)*

Основной вопрос, поставленный на разрешение экспертизы:

1. Какова степень утраты общей и профессиональной трудоспособности у гр. П., 1960 г.р., в результате ДТП, имевшем место 10.10.2005 г.?

Краткие обстоятельства дела:

10.10.2005 г. на автодороге между двумя населенными пунктами Московской области произошло ДТП, в результате которого пешеходу
гр. П., 1960 г.р.
были причинены многочисленные телесные повреждения, и он длительное время находился на стационарном и амбулаторном лечении.

04.10.2006 г. гр. П., 1960 г.р. установлена вторая группа инвалидности по общему заболеванию, степень ограничения способности к трудовой деятельности - вторая, на срок до 1 ноября 2007 г..

15.11.2007 г. гр. П., 1960 г.р.установлена вторая группа инвалидности по общему заболеванию, степень ограничения способности к трудовой деятель-ности - вторая, на срок до 1 ноября 2008 г..

03.10.2008 г. гр. П., 1960 г.р. установлена третья группа инвалидности по общему заболеванию, степень ограничения способности к трудовой деятельности - первая, на срок до 1 октября 2009 г.

Гр. П., 1960 г.р. обратился в суд с иском к ответчику гр. В. о возмещении расходов на лечение и утраченного заработка за период с января 2006 года по сентябрь 2008 года.

В настоящем судебном заседании гр. П., 1960 г.р. заявил ходатайство о назначении по делу судебно-медицинской экспертизы.

В соответствии с ч. 1 ст. 1086 ГК РФ, размер подлежащего возмещению утраченного потерпевшим заработка (дохода) определяется в процентах к его среднему месячному заработку (доходу) до увечья или иного повреждения здоровья либо до утраты им трудоспособности, соответствующих степени утраты потерпевшим профессиональной трудоспособности, а при отсутствии профессиональной трудоспособности - степени утраты общей трудоспособности.

В соответствии со ст. 79 ч. 1 ГПК РФ, при возникновении в процессе рассмотрения дела вопросов, требующих специальных знаний в различных областях науки, техники, искусства, ремесла, суд назначает экспертизу. Проведение экспертизы может быть поручено судебно-экспертному учреждению, конкретному эксперту или нескольким экспертам.

Учитывая, что для разрешения спора по существу необходимо определить степень утраты профессиональной и общей трудоспособности потерпевшего гр. П., 1960 г.р., суд считает, что ходатайство о назначении судебно-медицинской экспертизы для определения продолжительности и степени утраты общей и профессиональной трудоспособности обоснованно и подлежит удовлетворению. Производство экспертизы

должно быть поручено экспертам Бюро СМЭ ГУЗМО.

1. Медицинская карта 11352/1144 стационарного больного из травматологического отделения Клинской горбольницы , из которой следует, что потерпевший находился в травматологическом отделении Клинской гор. больницы с 10.10.05г. по 12.11.05 с диагнозом: «Тяжелая сочетанная травма. Ушиб головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние. Открытый многооскольчатый перелом костей обеих голеней».

Доставлен в больницу в тяжелом состоянии с места ДТП 10.10.05г. В невролгическом статусе - в сознании, вял, заторможен, отмечается ретроградная амнезия. Менингеальной и очаговой симптоматики нет. На краниограммах - без патологии. Госпитализирован в ПИТ АРО, где проводилась противошоковая терапия, дегидратационная, гемостатическая, антибактериальная терапия. После стабилизации состояния и выведения из шока переведен в травматологическое отделение. Наложено скелетное вытяжение, терапия продолжена. У больного отмечено снижение критики к своему состоянию, неадекватное поведение, выявился умеренный менингеальный синдром. После осмотра невролога произведена диагностическая люмбальная пункция - выявлено субарахноидальное кровоизлияние. В связи с анемией и в плане предоперационной подготовки больному переливалась эритроцитарная масса, солевые, коллоидные растворы. 21.10 произведена операция - остеосинтез правой большеберцовой кости пластинами с ограниченным контактом и винтами. 26.10 произведена операция - ЧКДО левой б/берцовой кости аппаратом Илизарова. Послеоперационное течение без осложнений. В связи с сохраняющейся астенизацией, нарушением сна, получал сернокислую магнезию, мексидол, реланиум, мильгамму. Состояние больного стабилизировалось, стал критичнее, восстановился нормальный сон, но сохраняется утомляемость, раздражительность, снижение внимания и памяти. Рана на правой голени зажила, кроме участка размером 2х2см, который вяло гранулирует. На левой голени - достигнута удовлетворительная репозиция отломков, аппарат стабилизирован. На правую голень дополнительно наложена циркулярная окончquot;;span style=MsoFootnoteReferencespan class=атая гипсовая повязка. Рекомендовано: перевязки pmso-bidi-font-style: normal;аны на правой голени с левомеколем до заживления, гипсовая повязка - на 2.5мес со дня операции. На левой голени - перевязки у спиц со спиртом через 3-5 дней. При явлениях воспаления - с левомеколем ежедневно. Контрольная рентгенография через 2 мес. после выписки. В удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение у травматолога и невролога.

2. Медицинская карта 14439/1434 стационарного больного из травматологического отделения Клинской горбольницы , из которой следует, что

находился на лечении с 22.12.05 по 29.12.05 с диагнозом: «Слабоконсолидированный перелом костей голеней. Воспаление мягких тканей у спиц аппарата Илизарова». При поступлении у двух спиц аппарата Илизарова отмечены гиперемия, отек, болезненность, гнойные выделения в небольшом количестве. Произведено удаление спиц. Спицы проведены в другом месте. Проведено консервативное лечение, выписан с улучшением.

3. Медицинская карта 2172/199 стационарного больного из травматологического отделения Клинской горбольницы , из которой следует, что находился на лечении с 27.02.06 по 03.03.06 с диагнозом: «Оскольчатый перелом костей голеней, незаконченная консолидация». На контрольной рентгенограмме левой голени
двойные переломы обеих костей со смещением промежуточных фрагментов, признаки консолидации выражены мало.
Произведена перекомпоновка аппарата Илизарова. Выписан с улучшением.

4. Медицинская карта 5211/476 стационарного больного из травматологического отделения Клинской горбольницы , из которой следует, что находился на лечении с 15.05.06 по 26.05.06 с диагнозом: «Оскольчатый перелом костей голеней, незаконченная консолидация». При поступлении отмечено «прорезывание» спиц, аппарат «разболтался», 19.05.06 произведена операция перекомпоновка аппарата Илизарова. На рентгенограммах существенной динамики не отмечено. Выписан с улучшением.

5. Медицинская карта 8011/758 стационарного больного из травматологического отделения Клинской горбольницы , из которой следует, что находился на лечении с 31.07.06 по 14.08.06 с диагнозом: «Нагноение мягких тканей у спиц аппарата Илизарова». У больного отмечен свищ средней трети голени слева. Произведена замена спиц. Проводилась консервативная терапия нагноения мягких тканей. Выписан с улучшением.

6. Медицинская карта 13664/1308 стационарного больного из травматологического отделения Клинской горбольницы , из которой следует, что находился на лечении с 19.12.06 по 29.12.06 с диагнозом: «Нагноение мягких тканей у спиц аппарата Илизарова. Сросшийся перелом костей левой голени». При поступлении отмечены свищи на левой голени с гнойным отделяемым. На рентгенограмме костей левой голени определяются множественные консолидированные переломы левой малоберцовой кости. Участки деструкции костной ткани по внутренней поверхности левой большеберцовой кости с наличием мелких костных секвестров. Аппарат Илизарова снят 21.12.06г., разрешена дозированная нагрузка на левую ногу. Поведено противовоспалительное лечение. Выписан с улучшением.

7. Медицинская карта 357/48 стационарного больного из травматологического отделения Клинской горбольницы , из которой следует, что находился на лечении с 11.01.07 по 08.02.07 с диагнозом: «Рефрактура левой большеберцовой кости. Остеомиелит, обострение». При поступлении отмечено, что в результате нагрузки произошла рефрактура. В средней трети голени отмечен свищ с гнойным отделяемым. Наложена окончатая гипсовая циркулярная повязка. Развилась микробная экзема на голени. Гипсовая повязка была снята, и 29.01.07 произведен ЧКДО левой голени аппаратом Илизарова. Получал антибиотики, метронидазол, десенсибилизирующие средства, перевязки. Явления экземы стихли, аппарат стабилизирован. В удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение.

8. Медицинская карта 9696/956 стационарного больного из травматологического отделения Клинской горбольницы , из которой следует, что находился на лечении с 20.08.07 по 24.08.07 с диагнозом: «Остеомиелит левой большеберцовой кости, обострение». Госпитализирован с жалобами на боли в левой голени, наличие свищей с гнойным отделяемым. Проведено консервативное лечение свищей, количество отделяемого из свищей уменьшилось. На рентгенограммах левой голени - сращение костей голени и признаки хронического остеомиелита большеберцовой кости. Выписан с улучшением.

9. Медицинская карта 12632/1252 стационарного больного из травматологического отделения Клинской горбольницы , из которой следует, что находился на лечении с 24.10.07 по 21.11.07 с диагнозом: «Хронический посттравматический остеомиелит левой голени. Рефрактура в средней трети большеберцовой кости». Поступил с жалобами на боли, патологическую подвижность левой голени, которые появились несколько дней назад, когда начал ходить без костылей и трости. 09.11.07 Произведена операция: ЧКДО левой большеберцовой кости аппаратом Илизарова, секвестрэктомия. Выписан с улучшением.

10. История болезни 345 из 5 ЦВКГ ВВС, согласно которой находился на лечении в отделении гнойной хирургии с 23.12.07 по 11.01.07 с диагнозом: «Хронический посттравматический остеомиелит костей левой голени. Незаживающая рана левой голени». В отделении произведена операция 23.12.07 «Аутодермопластика раны левой голени».

11. История болезни 7036 из 5 ЦВКГ ВВС, согласно которой находился на лечении в

отделении гнойной хирургии с 22.10.08 по 28.10.08 с диагнозом: «Хронический остеомиелит левой голени, свищевая форма». 23.10.08 Произведена операция «Удаление металлоконструкции. Гипергрануляции удалены, налажена промывная система». Выписан с улучшением.

12. История болезни 410 из 5 ЦВКГ ВВС, согласно которой находился на лечении в отделении гнойной хирургии с 16.12.09 по 24.12.09 с диагнозом: «Хронический остеомиелит левой голени, ремиссия. Трофическая язва левой голени». 18.12.09 Произведена операция «Секвестрэктомия, аутодермапластика раны голени свободным лоскутом». Лоскут прижился. Выписан на амбулаторное лечение у хирурга по месту жительства.

13. Амбулаторная карта б/ и указания наименования ЛПУ, в которой имеются записи травматолога и хирурга за период с 07.08.07 по 07.09.09. Согласно последней записи, направлен на МСЭ повторно с диагнозом: «Посттравматический хронический остеомиелит костей левой голени, свищевая форма. Укорочение левой голени на 4см».

14. Дело освидетельствования в бюро МСЭ.

Первичное освидетельствование 04.10.06 Акт 3622. Диагноз: «Консолидирующийся оскольчатый перелом костей обеих голеней. Состояние после остеосинтеза пластиной правой большеберцовой кости от 21.10.05 и операции ЧДКО аппаратом Илизарова от 26.10.05». Установлена П группа инвалидности. Ограничение способности к трудовой деятельности второй степени. Указано, что доступен легкий труд в специально созданных условиях: без длительного пребывания на ногах, без ходьбы или труд на дому.

Акт 3663 освидетельствования во ВТЭК от 01.10.07. Диагноз: Хронический посттравматический остеомиелит левой большеберцовой кости, частые обострения, контрактура левого голеностопного сустава.
II
группа инвалидности. Ограничение способности к трудовой деятельности второй степени. Указано, что доступен легкий труд в специально созданных условиях: без длительного пребывания на ногах, без передвижения или труд на дому.

Акт 2950 освидетельствования во ВТЭК от 20.08.08-03.10.08. Диагноз: «Хронический посттравматический остеомиелит костей левой голени. Трофическая язва левой голени. Хр. правосторонний оперированный
консолидированный перелом костей правой голени. Остеосинтез пластинами.
контрактура левого голеностопного сустава».
III
группа инвалидности. Ограничение способности к трудовой деятельности первой степени. Доступен труд без длительной ходьбы, без длительного пребывания на ногах, переохлаждения, физических нагрузок.

Акт 2602 освидетельствования во ВТЭК от 09.09.09-05.10.09. Диагноз: «Хронический посттравматический (травма в 2005 году) остеомиелит костей левой голени, свищевая форма, укорочение левой нижней конечности
на 3,5см. Искривление перегородки носа».
III
группа инвалидности. Ограничение способности к трудовой деятельности первой степени. Доступен труд согласно…(неразборчиво), без физической нагрузки, без длительной ходьбы, в благоприятном микроклимате.

Выводы комиссионной экспертизы:

Изучив материалы дела, медицинские документы и рентгенограммы на имя гр. П., 1960 г.р., освидетельствовав его, в соответствии с поставленными вопросами комиссия приходит к следующим выводам:

1. Из предоставленных медицинских документов усматривается, что 10.10.2005 года гр. П., 1960 г.р. были причинены следующие повреждения:

Открытый многооскольчатый перелом костей обеих голеней.

Закрытая черепно-мозговая травма: ушиб головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние.

Пострадавшему был произведен остеосинтез металлической пластиной переломов костей правой голени и чрезкожный дистанционный остеосинтез (ЧКДО) переломов костей левой голени аппаратом Илизарова.

Консолидация переломов костей левой голени у гр. П., 1960 г.р., происходила замедленно, отмечалось воспаление мягких тканей по ходу спиц аппарата Илизарова, в связи с чем, неоднократно происходила перекомпоновка аппарата Илизарова, проводилось консервативное лечение нагноения мягких тканей; с лета 2007 года на левой голени открылись гнойные свищи, развился хронический посттравматический остеомиелит. В январе 2007 года и в октябре 2007 года у
гр. П., 1960 г.р.
, в связи с замедленным сращением переломов костей левой голени происходили рефрактуры (повторные переломы) костей левой голени, по поводу чего, повторно накладывался аппарат Илизарова. Окончательно аппарат Илизарова был демонтирован только лишь 23.10.08 г. В дальнейшем у пострадавшего имели место частые обострения остеомиелита костей левой голени, по поводу чего ему производились повторные оперативные вмешательства: секвестрэктомии (удаление осколков разрушенной кости) и аутодермопластика (пересадка кожи).

В итоге переломы костей левой голени у гр. П., 1960 г.р. срослись, хотя и с недостаточно удовлетворительным сопоставлением отломков; без существенного нарушения общей оси конечности, но с искривлением осей обеих костей голени и укорочением левой голени на 2 см. Кроме того, у него развились посттравматические контрактуры обоих голеностопных суставов. Свищ на левой голени закрылся в конце лета 2010 года.

Гр. П., 1960 г.р. по поводу травмы, ее осложнений и последствий неоднократно (не менее 12 раз) лечился стационарно, а в перерывах лечился амбулаторно.

2. 04.10.2006 года в связи с последствиями травмы от 10.05.2005 г. Пшеничникову В.П. была установлена 2 группа инвалидности с ограничением способности к трудовой деятельности второй степени, и было указано, что ему доступен легкий труд в специально созданных условиях: без длительного пребывания на ногах, без ходьбы или труд на дому.

Вторая группа инвалидности подтверждалась при переосвидетельствовании гр. П.,

1960 г.р.
в Бюро медико-социальной экспертизы в 2007 году; также указывалось
, что доступен легкий труд в специально созданных условиях: без длительного пребывания на ногах, без передвижения или труд на дому.

03.10. 2008 года гр. П., 1960 г.р. была установлена 3 группа инвалидности; указано, что д оступен труд без длительной ходьбы, без длительного пребывания на ногах, переохлаждения, физических нагрузок.

05.10.2009 г третья группа инвалидности была подтверждена с назначением переосвидетельствования на 01.10.2010г; указано, что доступен труд без физической нагрузки, без длительной ходьбы, в благоприятном микроклимате.

В настоящее время у свидетельствуемого имеются последствия травмы от 10.10.2005 года: Сросшиеся переломы костей обеих голеней после остеосинтеза. Хронический посттравматический остеомиелит костей левой голени, вне обострения. Укорочение левой нижней конечности на 2 см. Посттравматические умеренно выраженные контрактуры обоих голеностопных суставов.

С момента получения травмы, т.е. с 10.10.2005г. по 03.10.2006 г. гр. П., 1960 г.р. выдавался листок нетрудоспособности (больничный лист), таким образом, в течение этого периода времени он был полностью нетрудоспособен, т.е. утрата им как общей, так и профессиональной трудоспособности составляла 100% (сто).

Степень утраты профессиональной трудоспособности после прохождения МСЭ у гр. П., 1960 г.р. составила:

- с 04.10.2006 г. по 19.08.2008 г., согласно п. 22б, п. 23б постановления Министерства труда и социального развития РФ от 18.07.2001 г. № 56 «Об утверждении временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности», в связи с выраженным нарушением биомеханики ходьбы – 80 % (восемьдесят);

- с 20.08.2008 по настоящее время, согласно п. 24, 25б, 26б в связи с умеренным нарушением биомеханики ходьбы – 50% (пятьдесят).

3. При освидетельствовании гр. П., 1960 г.р. членами комиссии в ходе проведения настоящей экспертизы установлено, что у него имеется умеренно выраженная посттравматическая контрактура обоих голеностопных суставов, что согласно ст. 125 «а» «Таблицы процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных травм» Медицинских критериев определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденного приказом Минздравсоцразития №194н от 24.04.2008 года, составляет 30% (по 15% каждый сустав). Кроме того, у
гр. П., 1960 г.р.
установлен хронический посттравматический остеомиелит костей левой голени, вне обострения, что согласно ст. 138 «а» той же таблицы составляет 5%
утраты трудоспособности, а также нарушение трофики мягких тканей левой голени, что согласно ст. 137 «а» той же таблицы составляет 5%.

Таким образом, в настоящее время утрата общей трудоспособности у гр. П., 1960 г.р. составляет 40% (сорок).

Поскольку до настоящего времени освидетельствование гр. П., 1960 г.р. не производилось, то в настоящее время экспертная комиссия не может с точностью установить, каким был процент утраты общей трудоспособности за предшествующий период, однако он составлял не менее 40%.

Книга в продаже:

- Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»

mso-bidi-font-weight: normal;span style=

{loadposition content-modul}

mso-bidi-font-weight: normal;span style=

/span/span