

**Министерство обороны Российской Федерации
Главный центр военно-врачебной экспертизы**

**Общероссийская общественная организация
Российский Союз ветеранов Афганистана
Научно-исследовательский центр**

ВОЕННО-ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА

В трех частях

Часть 3

Практические аспекты заочной военно-врачебной экспертизы

Рекомендовано

научным (учебным) методическим советом НИЦ РСВА в качестве учебного пособия для врачей, осуществляющих военно-врачебную экспертизу, а также слушателей, студентов и курсантов, обучающихся по медицинским и военно-юридическим специальностям

Москва
2021

УДК 355:61 (075.8)

ББК 51.13+68.7Я73

В63

Авторы:

**С. В. Корякин; А. П. Кабалин; А. В. Дацко; О. Н. Петрова;
В. С. Вовкодав, В. А. Мурзин**

Рецензенты:

Н. П. Потехин, доктор медицинских наук, профессор;

С. В. Маликов, доктор юридических наук, профессор.

В63 Военно-врачебная экспертиза : учебное пособие. В 3-х частях. Часть 3. Практические аспекты заочной военно-врачебной экспертизы / Москва : ИИУ МГОУ, Изд-во МосГУ, 2021. — 134 с. — Текст : непосредственный.

ISBN 978-5-907410-46-6 (ч. 3)

ISBN 978-5-7017-2900-9

Цель настоящего пособия — ознакомить врачей-специалистов с ролью и значением военно-врачебной экспертизы в вопросах медико-социального обеспечения граждан, проходящих (проходивших) военную службу, а также обратить их внимание на практические аспекты осуществления заочной военно-врачебной экспертизы, в том числе по рассмотрению причинной связи увечий, заболеваний с прохождением военной службы.

Пособие предназначено для подготовки по военно-врачебной экспертизе врачей-специалистов, занимающихся вопросами медицинского освидетельствования в военно-медицинских (медицинских) организациях.

ББК 51.13+68.7Я73

ISBN 978-5-907410-46-6 (ч. 3)

ISBN 978-5-7017-2900-9

© Общероссийская общественная организация
Российский Союз ветеранов Афганистана, 2021

Список сокращений

ВВЭ — военно-врачебная экспертиза

ВВК — военно-врачебная комиссия

ВС РФ — Вооруженные Силы Российской Федерации

ГЦ ВВЭ МО РФ — Главный центр военно-врачебной экспертизы
Министерства обороны Российской Федерации

ЦВВК — Центральная военно-врачебная комиссия

Введение

В современных условиях реформирования военного законодательства все большее значение приобретает уровень социальной защищенности военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы.

В отношении социальной защищенности военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, можно отметить целую систему государственных социальных гарантий, к числу которых, прежде всего, можно отнести предоставление льгот, пособий, компенсаций, иных преференций, ориентированных на то, что военнослужащие относятся к особой категории государственных служащих, готовых в любой момент беспрекословно выполнить поставленные перед ними задачи по вооруженной защите Российской Федерации.

Заметная роль в обеспечении и сохранении социального статуса не только военнослужащих, но и граждан, уволенных с военной службы, а также членов их семей принадлежит ВВЭ.

Настоящее пособие преследует цель ознакомить читателя с ролью ВВЭ в вопросах медико-социального обеспечения граждан, проходящих (проходивших) военную службу, повысить уровень компетенции врачей-специалистов в сфере практического осуществления заочной ВВЭ.

Глава 1. Роль и значение военно-врачебная экспертизы в вопросах медико-социального обеспечения граждан, проходящих (проходивших) военную службу

ВВЭ является разделом медицины, представляющим собой не только комплекс научно-методических, организационных и практических мероприятий, осуществляемых врачами различных медицинских специальностей в целях комплектования и медицинского обеспечения ВС РФ, но и в целях обеспечения реализации мер социальной поддержки гражданам, проходящим (проходившим) военную службу.

ВВЭ играет определяющую роль в социальной защите военнослужащих, получивших в период военной службы увечье, заболевание, в том числе приведшее к инвалидности или гибели (смерти).

Заключение ВВК позволяет реализовать социальные выплаты пострадавшим или заболевшим военнослужащим по основным трем направлениям: страхование, единовременные выплаты и пенсионное обеспечение.

В отношении военнослужащих, трудовые функции которых направлены исключительно на защиту интересов государства, социальный фактор сохранения здоровья особенно актуален.

В этой связи военнослужащие подлежат обязательному государственному страхованию жизни и здоровья.

Статьями 4, 5 Федерального закона об обязательном страховании военнослужащих [4] определены страховые случаи и размеры выплат по ним.

Страховыми случаями при осуществлении обязательного государственного страхования военнослужащих являются:

- гибель (смерть) застрахованного лица в период прохождения военной службы, службы, военных сборов;
- смерть застрахованного лица до истечения одного года после увольнения с военной службы, со службы, после отчисления с военных сборов или окончания военных сборов вследствие увечья (ранения, трав-

мы, контузии) или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, службы, военных сборов;

- установление застрахованному лицу инвалидности в период прохождения военной службы, службы, военных сборов;

- установление застрахованному лицу инвалидности до истечения одного года после увольнения с военной службы, со службы, после отчисления с военных сборов или окончания военных сборов вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, службы, военных сборов;

- получение застрахованным лицом в период прохождения военной службы, службы, военных сборов увечья (ранения, травмы, контузии);

- увольнение военнослужащего, проходящего военную службу по призыву, с военной службы, отчисление гражданина, призванного на военные сборы на воинскую должность, для которой штатом воинской части предусмотрено воинское звание до старшины (главного корабельного старшины) включительно, с военных сборов в связи с признанием их военно-врачебной комиссией не годными к военной службе или ограниченно годными к военной службе вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, военных сборов:

Выплаты и их размеры:

- в случае гибели (смерти) застрахованного лица в период прохождения военной службы, либо до истечения одного года после увольнения вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных в период прохождения военной службы — 2 000 000 рублей выгодоприобретателям в равных долях;

- в случае установления застрахованному лицу инвалидности в период прохождения военной службы либо до истечения одного года после увольнения с военной службы, вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, службы или военных сборов: инвалиду I группы — 1 500 000 рублей, инвалиду II группы — 1 000 000 рублей, инвалиду III группы — 500 000 рублей;

– в случае получения застрахованным лицом в период прохождения военной службы: тяжелого увечья — 200 000 рублей, легкого увечья — 50 000 рублей;

– в случае увольнения военнослужащего, проходящего военную службу по призыву в связи с признанием их военно-врачебной комиссией не годными к военной службе или ограниченно годными к военной службе вследствие увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы или военных сборов — 50 000 рублей.

Вред здоровью военнослужащего при исполнении обязанностей военной службы подлежит единовременной компенсации [51].

В случае гибели (смерти) военнослужащего, наступившей при исполнении им обязанностей военной службы, либо его смерти, наступившей вследствие увечья или заболевания, полученных им при исполнении обязанностей военной службы («военная травма») до истечения одного года со дня увольнения с военной службы членам семьи погибшего (умершего) выплачивается в равных долях единовременное пособие в размере 3 000 000 рублей, а также ежемесячная денежная компенсация.

Каждому члену семьи инвалида вследствие военной травмы в случае его смерти (гибели) выплачивается ежемесячная денежная компенсация, которая рассчитывается путем деления ежемесячной денежной компенсации 14000 рублей на количество членов семьи (включая умершего (погибшего) инвалида).

При установлении военнослужащему или гражданину, призванному на военные сборы, в период прохождения военной службы (военных сборов) либо после увольнения с военной службы (отчисления с военных сборов или окончания военных сборов) инвалидности вследствие военной травмы ему выплачивается ежемесячная денежная компенсация в возмещение вреда, причиненного его здоровью, в размере:

- 14 000 рублей — инвалиду I группы;
- 7 000 рублей — инвалиду II группы;
- 2 800 рублей — инвалиду III группы.

При увольнении военнослужащего с военной службы или отчислении с военных сборов гражданина, призванного на военные сборы, в связи с признанием его не годным к военной службе вследствие военной травмы ему выплачивается единовременное пособие в размере:

– 2 000 000 рублей — военнослужащему, проходящему военную службу по контракту;

– 1 000 000 рублей — военнослужащему, проходящему военную службу по призыву, или гражданину, призванному на военные сборы.

Все вышеупомянутые суммы страховых и единовременных выплат указаны без учета ежегодной индексации.

Имеются различия в пенсионном обеспечении бывших военнослужащих, получивших увечье или заболевание в период военной службы, и при исполнении обязанностей военной службы.

Пенсионное обеспечение уволенных военнослужащих и членов их семей осуществляется в соответствии с общим законодательством о пенсионном обеспечении в Российской Федерации [53] (в отношении военнослужащих по призыву, членов их семей, а также законом Российской Федерации о пенсионном обеспечении военнослужащих [52] в отношении военнослужащих, проходивших военную службу по контракту.

Право на пенсию по потере кормильца имеют родители военнослужащих, проходивших военную службу по призыву, погибших (умерших) в период прохождения военной службы или умерших вследствие военной травмы после увольнения с военной службы (за исключением случаев, когда смерть военнослужащих наступила в результате их противоправных действий). Им могут устанавливаться две пенсии: по потере кормильца и страховая пенсия по старости (по инвалидности) или по потере кормильца и социальная пенсия.

Право на две пенсии имеют не вступившие в новый брак супруги и родители погибших вследствие военной травмы лиц, проходивших военную службу в качестве офицеров, прапорщиков и мичманов или военную службу по контракту в качестве солдат, матросов, сержантов и старшин в ВС РФ и Объединенных Вооруженных Силах Содружества Независимых Государств, Федеральной пограничной службе и органах пограничной службы Российской Федерации, во внутренних и железнодорожных войсках, в войсках национальной гвардии Российской Федерации, федеральных органах правительственной связи и информации, войсках гражданской обороны, органах федеральной службы безопасности (контрразведки) и пограничных войсках, органах внешней разведки, органах военной прокуратуры, военных следственных органах Следственного комитета

Российской Федерации, органах государственной охраны, федеральном органе исполнительной власти в сфере мобилизационной подготовки и мобилизации, других воинских формированиях Российской Федерации, созданных в соответствии с законодательством Российской Федерации и иных лиц, установленных законодательством о пенсионном обеспечении военнослужащих [52].

Лицам, ставшим инвалидами вследствие военной травмы, пенсия за выслугу лет увеличивается до 175–300 процентов от расчетного размера в зависимости от группы инвалидности.

Пенсия по инвалидности рассчитывается инвалидам вследствие военной травмы от 40 до 85 процентов от соответствующих сумм денежного довольствия в зависимости от группы инвалидности.

В отношении ставших инвалидами вследствие военной травмы военнослужащих по контракту, на которых распространяется законодательство о пенсионном обеспечении военнослужащих, по достижении ими 60 и 55 лет (соответственно мужчины и женщины) к назначаемой им пенсии по инвалидности (в том числе исчисленной в минимальном размере) начисляется надбавка в размере 100 процентов расчетного размера пенсии.

Ключевая роль заключения ВВК для установления страхового случая, оснований для единовременных и ежемесячных выплат, пенсионного обеспечения состоит в определении причинной связи увечья, заболевания с военной службой (в том числе приведшего к гибели, смерти), а также определении степени тяжести полученного увечья.

Глава 2. Практические аспекты заочной военно-врачебной экспертизы

Исходя из требований Положения о военно-врачебной экспертизе [7], устанавливающего порядок проведения ВВЭ, заочное медицинское освидетельствование запрещено за исключением отдельных случаев, предусмотренных законодательством и другими нормативными правовыми документами.

Содержание деятельности по ВВЭ нацеливает врачей на необходимость открытого обсуждения результатов медицинского обследования на заседании ВВК и принятия окончательного решения о годности или негодности к военной службе (службе на отдельных должностях, по отдельным специальностям) по состоянию здоровья, простым большинством голосов с обязательным объявлением результатов освидетельствуемому лично.

Именно такое представление о процессе ВВЭ имеет большинство граждан: освидетельствуемый гражданин проходит лабораторные и инструментальные диагностические исследования, осматривается врачами-специалистами и предстает перед комиссией врачей для объявления ему решения.

Ошибочно было бы утверждать, что упомянутый порядок проведения ВВЭ имеет незначительную социальную направленность. Конечно, от заключения ВВК зависит реализация права гражданина на трудовую деятельность в качестве военнослужащего, на обучение в военном учебном заведении, военном учебном центре, а также на занятие той или иной воинской должности, прохождение военной службы в той или иной местности и других связанных с военной службой прав.

Цели, задачи, порядок проведения ВВЭ (в том числе очный и заочный характер ее выполнения) определяют методологическую индивидуальность этого вида медицинской экспертизы.

Наряду с общемедицинскими при проведении ВВЭ используются специфические методы ВВЭ — методы индивидуальной оценки, системного анализа, определения врачебно-экспертного исхода, социального прогнозирования [43].

В рамках применения на практике перечисленных специфических методов ВВЭ врачи, входящие в состав ВВК, используя клинический опыт и знания, характеристики профессиограмм отдельных воинских должностей и специальностей, обсуждают (в отсутствие пациента, заочно) на заседании комиссии результаты медицинского обследования пациента (в том числе в динамике), сведения, изложенные в служебной и медицинской характеристиках, материалы расследований по фактам получения им увечий. После обсуждения формируется заключение ВВК. И только после этого на заседание ВВК приглашается пациент для объявления ему вынесенного заключения и обсуждения с ним результатов медицинского обследования и медицинского освидетельствования.

И все же наибольшая методологическая индивидуальность ВВЭ, ее медико-социальная направленность проявляются при проведении заочного медицинского освидетельствования. В таком случае экспертная работа заключается в исследовании документально подтвержденных обстоятельств, их анализе и вынесении заключения, направляемого как самому заявителю, так и в органы, реализующие в отношении него социальные гарантии.

Таким образом, очное медицинское освидетельствование представляет собой медицинское обследование и вынесение заключения ВВК, а вся аналитическая деятельность в рамках ВВЭ составляет заочный компонент экспертной работы.

Вместе с тем в нормативных правовых документах заочный аспект ВВЭ упомянут лишь вскользь.

Задачей этой части пособия является уточнение целей заочного медицинского освидетельствования, отработанных на практике его особенностей.

2.1 Цели и задачи заочной военно-врачебной экспертизы

Основными целями ВВЭ, определенными законодательно [1], являются:

– определение годности к военной службе, годности к поступлению на обучение и обучению (службе) по конкретным военно-учетным специальностям, а также специальностям, соответствующим определенной должности;

– установление у военнослужащих (бывших военнослужащих) причинной связи заболеваний, увечий с прохождением военной службы.

Пунктом 92 Положения о военно-врачебной экспертизе [7] определены случаи, при которых установление причинной связи увечий, заболеваний с прохождением военной службы осуществляется заочно (по документам).

В соответствии с пунктом 74 Положения о военно-врачебной экспертизе [7] граждане, уволенные с военной службы в запас или в отставку без проведения освидетельствования или заявившие о несогласии с заключением ВВК о категории годности к военной службе на момент их увольнения с военной службы, могут быть освидетельствованы ВВК заочно (по документам) для определения категории их годности к военной службе на момент увольнения с военной службы независимо от причин и времени увольнения.

Таким образом, заочный порядок определения причинной связи и определения категории годности к военной службе на момент увольнения с военной службы предусмотрены Положением о военно-врачебной экспертизе [7] напрямую.

Вместе с тем в пункте 8 Положения о военно-врачебной экспертизе [7] определен порядок обжалования заключения ВВК и основания для принятия решения о проведении контрольного медицинского обследования и повторного медицинского освидетельствования.

Так, гражданин может быть по решению вышестоящей ВВК направлен на контрольное медицинское обследование и повторное медицинское освидетельствование.

Основанием для принятия вышестоящей ВВК решения о контрольном медицинском обследовании с последующим повторным медицинским освидетельствованием может быть заявление освидетельствованного гражданина с приложением документов, ставящих под сомнение обжалуемое заключение, или иные сведения, дающие основание для принятия такого решения.

Учитывая изложенное, вышестоящая ВВК изучает, запрашивает необходимые документы и принимает решение о контрольном медицинском обследовании и повторном медицинском освидетельствовании.

Кроме того, при принятии решения о контрольном обследовании и повторном освидетельствовании вышестоящая ВВК отменяет заключение нижестоящей ВВК.

Исходя из смысла п.8 Положения о военно-врачебной экспертизе [7] отмена заключения подчиненной ВВК и направление на контрольное медицинское обследование и повторное медицинское освидетельствование являются последовательными звеньями одного процесса.

Однако в практической деятельности нередко встречаются ситуации, когда необоснованное заключение ВВК подлежит отмене, а проведение контрольного медицинского обследования нецелесообразно. Например, когда необоснованно определена годность к поступлению в военное учебное заведение, к прохождению военной службы в иностранном государстве либо диагноз обоснован, обследование проведено в полном объеме, но вынесено неверно заключение ВВК о причинной связи увечья, заболевания, а также иные случаи, когда сроки реализации заключения ВВК не позволяют провести повторное медицинское освидетельствование, или возможно вынесение заключения вышестоящей ВВК заочно без повторного медицинского обследования.

Таким образом, на практике контрольные функции вышестоящей ВВК включают в себя принятие решения о контрольном обследовании и повторном медицинском освидетельствовании и отмену заключения нижестоящей ВВК.

И то, и другое, исходя из изложенного, является заочной экспертизой.

Кроме того, в рамках текущего контроля обоснованности заключений ВВК в ВС РФ предусмотрена процедура утверждения (не утверждения) заключения ВВК вышестоящей ВВК. Исходя из понятия «экспертиза», рассмотрение вынесенных заключений ВВК, приложенных в их обоснование медицинских и иных документов и принятие решения о его утверждении (не утверждении) также является заочным видом деятельности в рамках ВВЭ.

Еще одним встречающимся в практике ВВЭ направлением деятельности является заочное медицинское освидетельствование в целях определения тяжести увечья, полученного застрахованным лицом [6], направ-

ленного на реализацию в отношении военнослужащего федерального закона об обязательном страховании жизни и здоровья [4].

Несмотря на некоторую условность разделения в чистом виде очной и заочной ВВЭ, возможно выделить следующие основные цели ее заочной формы:

- определение причинной связи увечий (травм, контузий), заболеваний;
- утверждение (не утверждение), отмену заключений ВВК и организацию контрольного медицинского обследования и повторного медицинского освидетельствования;
- определение категории годности к военной службе на момент увольнения с военной службы;
- определение степени тяжести увечья.

Глава 3. Определение причинной связи увечий, заболеваний у граждан с прохождением военной службы

Определение причинной связи увечий (ранений, травм, контузий) и заболеваний у граждан с прохождением ими военной службы (военных сборов) в деятельности ВВК имеет первостепенное значение для решения вопросов медико-социального обеспечения военнослужащих, граждан проходивших военную службу и военные сборы. От заключения ВВК о причинной связи зависит реализация прав на получение страховых пособий, единовременных выплат в связи с повреждением здоровья, размер пенсионного обеспечения, социальных льгот и гарантий.

Обязательное определение причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний с военной службой у военнослужащих в истории отечественной ВВЭ связано с изданием приказа РВС СССР 1928 г. № 194, которым была введена в действие Инструкция по медицинскому освидетельствованию граждан, призываемых на военную службу, поступающих в военно-учебные заведения и состоящих на военной службе.

Инструкция имела ряд приложений, в том числе форма свидетельства о болезни, которой впервые предусматривался пункт о причинной связи заболевания в формулировке: «Заболевание обусловлено причинами (да, нет), связанными с прохождением военной службы».

Такая формулировка заключения ВВК о причинной связи оставалась до 1942 г., когда приказом НКО СССР от 24.10.1942 г. № 336 была введена в действие аналогичная инструкция, которой в свидетельстве о болезни предусматривалось прописью указывать заключение ВВК о причинной связи в одной из следующих формулировок: «Ранение, контузия, увечье, заболевание получено: в бою или при защите СССР; при исполнении обязанностей военной службы; вследствие несчастного случая, не связанного с исполнением обязанностей военной службы; не связано с пребыванием на фронте». Термин «травма» при определении причинной связи в этой инструкции не употреблялся и впервые появился только в Положении о медицинском освидетельствовании граждан, призываемых на действительную военную службу, военнослужащих и военнообязанных, введенном в действие приказом МО СССР 1956 г. № 110. В последующих нор-

мативных документах по ВВЭ в содержание формулировок заключений ВВК о причинной связи вносились уточнения и дополнения.

Необходимость уточнений и дополнений формулировок была вызвана тем, что в послевоенные годы государством неоднократно принимались решения о льготах участникам войны. Причем льготы, установленные для инвалидов Великой Отечественной войны (далее — ВОВ), с 1975 г. стали довольно существенными. В дальнейшем льготы, установленные для инвалидов ВОВ, распространялись и на другие категории участников войны: например, получивших ранения, контузии, увечья партизан, юнг, воспитанников и т. д.

В 1975 г. Госкомтруд СССР по согласованию с Минздравом СССР, Минобороны СССР, Минфином СССР издал инструкцию за № 1690-СН «О порядке установления причинной связи инвалидности у бывших военнослужащих с пребыванием на фронте» в которой были определены порядок и полномочия врачебно-трудовой комиссии и ВВК по установлению причинной связи заболеваний, ранений, контузий у бывших военнослужащих и партизан. Так, например, ВВК было предоставлено право выносить заключение о причинной связи заболеваний, ранений, контузий, травм и увечий в отношении бывших военнослужащих:

- признававшихся в период прохождения действительной военной службы ВВК по этим заболеваниям, ранениям, контузиям, травмам и увечьям негодными, ограниченно годными к военной службе или военной специальности, а также нуждающимися в отпуске по болезни;

- уволенных из Вооруженных сил СССР «по болезни» или «по состоянию здоровья», но без осуществления медицинского освидетельствования ВВК;

- имеющих явные последствия телесных повреждений, в том числе и при отсутствии данных об освидетельствовании ВВК в период военной службы, независимо от причины их увольнения.

Действие инструкции № 1690-СН распространялось и на бывших партизан ВОВ. При этом, в качестве одного из оснований связи ранения, заболевания с пребыванием на фронте достаточно было предоставить свидетельство одного очевидца, проходившего службу в одном партизанском отряде с освидетельствуемым [44].

Разработанные ЦВВК МО РФ на основе инструкции № 1690-СН Указания ЦВМУ МО СССР «О порядке определения причинной связи заболеваний, ранений, контузий у бывших военнослужащих» (1980 г.) расширили возможности ВВК выносить заключения о связи заболеваний и ранений с пребыванием на фронте для участников Великой Отечественной войны.

В дальнейшем вопросы социальной защищенности военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях, получили развитие в Инструктивном письме Госкомтруда от 1990 г. № 3145-ФК, которое было подготовлено в связи с постановлением Совета Министров СССР от 1990 г. № 927 «Об организации переосвидетельствования во врачебно-трудовых экспертных комиссиях участников войны и других боевых действий».

Данное инструктивное письмо разрешило в отношении участников Великой Отечественной войны, не имеющих военно-медицинских документов, подтверждающих факт получения ими ранения, контузии, увечья, но имеющих явные последствия телесных повреждений (отсутствие конечности, дефекты костей, рубцы после ранений, наличие инородных тел и т. д.), принимать во внимание другие документы, косвенно подтверждающих факт получения ими ранения, контузии, увечья. К таким документам могут относиться военный билет, характеристика, наградной лист, представление к воинскому званию, аттестация, справки архивов об убытии из части на лечение по ранению или прибытии в часть после излечения, а для лиц, находившихся в плену в годы войны, — материалы специальной проверки.

Указами Президента Российской Федерации 1992, 1993 годов вышеупомянутые положения нормативных правовых документов в отношении участников ВОВ закреплены в единые принципы определения причинной связи инвалидности в формулировке «военная травма». При этом, основанием для ее применения было документальное подтверждение участия в ВОВ и возникновения в период участия заболевания, ранения [45, 46].

С принятием Верховным Советом РСФСР Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (1993 г.) ВВЭ приобрела правовой статус самостоятельной медико-социальной дисциплины, одной из основных задач которой является установление военнослужащим (гражданам, призванным на военные сборы), гражданам, уволенным

с военной службы, причинной связи заболеваний, ранений, травм с прохождением военной службы (военных сборов).

Дальнейшее развитие вопросы определения причинной связи увечий (ранений, травм, контузий) и заболеваний получили в Положениях о военно-врачебной экспертизе, утвержденных постановлениями Правительства Российской Федерации 1995 г. № 390, 2003 г. № 123, и в Инструкциях о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Российской Федерации, утвержденных приказами Министра обороны Российской Федерации 1995 г. № 315, 2003 г. № 200.

В настоящее время правовое регулирование установления причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний у военнослужащих и граждан, уволенных с военной службы, с прохождением военной службы определено частью 2 статьи 61 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Порядок проведения ВВЭ в целях установления причинной связи увечий, заболеваний у военнослужащих и граждан, проходивших военную службу, определяется Положением о военно-врачебной экспертизе [7].

При освидетельствовании военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, ВВК определяет причинную связь полученных ими увечий, заболеваний, за исключением случаев, когда указанные граждане, получившие увечья, заболевания, находятся под следствием, или когда уголовное дело в отношении таких граждан передано в суд.

ВВК заочно (по документам) определяет причинную связь увечий, заболеваний граждан, проходивших (проходящих) военную службу (приравненную службу), военные сборы, в случае если:

а) в период прохождения военной службы (приравненной службы), военных сборов гражданин был освидетельствован военно-врачебной комиссией или находился на лечении либо гражданин был уволен с военной службы (приравненной службы) по состоянию здоровья;

б) у гражданина имеются явные последствия телесных повреждений, полученных в период участия в боевых действиях;

в) увечье, заболевание получено гражданином в период прохождения военной службы (приравненной службы), военных сборов либо увечье, заболевание выявлено после увольнения гражданина с военной служ-

бы (приравненной службы), окончания военных сборов при условии, что получение увечья, начало заболевания, в том числе приведшего к смерти, можно отнести к периоду военной службы (приравненной службы), военных сборов.

До вступления с 1 января 2014 г. в силу современного Положения о военно-врачебной экспертизе [7] определение ВВК причинной связи у граждан, проходивших военную службу, осуществлялось при выявлении у таких граждан увечий, заболеваний, полученных в период прохождения военной службы или до истечения одного г. после увольнения с военной службы, если начало заболевания можно отнести к периоду прохождения военной службы (военных сборов). Таким образом, если последствия увечий или заболеваний у бывшего военнослужащего диагностированы по истечении вышеуказанного срока после увольнения с военной службы, то причинную связь определяли бюро медико-социальной экспертизы при рассмотрении вопроса об инвалидности.

На современном же этапе определение причинной связи увечий, заболеваний с военной службой является исключительной компетенцией ВВК вне зависимости от давности диагностирования последствий увечий либо заболеваний.

Побудителями к рассмотрению ВВК вопроса о причинной связи увечий, заболеваний граждан, проходивших военную службу, службу в органах и организациях прокуратуры, военные сборы, являются обращения граждан, в отношении которых рассматривается упомянутый вопрос, обращения их законных представителей, органов социальной защиты, военных комиссариатов, органов, осуществляющих пенсионное обеспечение, органов и организаций прокуратуры.

В практике ВВЭ встречаются случаи обращения иных организаций и органов (в том числе общественных организаций, депутатские запросы и т. д.) или физических лиц (сослуживцы, родственники и другие не являющиеся законными представителями граждане) в органы ВВЭ для проверки обоснованности ранее вынесенного заключения о причинной связи увечий, заболеваний.

От кого же ВВК могут принимать заявления об определении причинной связи увечий, заболеваний?

Непосредственно от гражданина, обратившегося для рассмотрения в отношении себя вышеупомянутого вопроса. Либо, ВВК может принять заявление и от любого гражданина или любой (как правило, оказывающей на коммерческой основе юридические или социальные услуги) организации при наличии нотариально оформленной доверенности на представление интересов гражданина.

Кроме того, ВВК может быть рассмотрено по существу заявление от установленного судебным решением представителя недееспособного гражданина.

Как правило, за исключением случаев представления в орган ВВЭ незаверенной копии доверенности, установление права на рассмотрение заявления по существу сложностей у специалистов ВВК не вызывает.

Сложнее принимать решение об определении причинной связи увечий, заболеваний у бывших военнослужащих и приравненных к ним граждан по обращениям организаций.

Не всегда легко однозначно установить отношение организации к органам социальной защиты.

Согласно законодательству Российской Федерации в сфере социальной защиты [8, 9], государственная социальная помощь выражается в предоставлении социальных выплат, услуг и жизненно необходимых товаров.

Поставщиком социальных услуг является организация, осуществляющая социальное обслуживание, независимо от ее организационно-правовой формы и (или) индивидуальный предприниматель.

Государственное социальное и пенсионное обеспечение военнослужащих осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 27 мая 1998 г. № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих» [3] через систему государственных органов социального обеспечения.

Как правило, обращение об определении причинной связи поступает в орган ВВЭ непосредственно от заявителя и из центров социального обеспечения военных комиссариатов.

При получении заявлений, обращений от иных организаций, за исключением вышеупомянутых, целесообразно воздержаться от рассмотрения вопроса об определении причинной связи увечий, заболеваний с прохождением военной службы с предоставлением мотивированного ответа,

соответствующим требованиям пункта 98 Положения о военно-врачебной экспертизе [7].

ВВК выносит заключения о причинной связи увечий, заболеваний со следующими предусмотренными Положением о военно-врачебной экспертизе [7] формулировками:

- «военная травма»;
- «заболевание получено в период военной службы»;
- «заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС»;
- «заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска»;
- «общее заболевание».

3.1. Определение причинной связи увечий, заболеваний у граждан с военной травмой

ВВК выносит заключение о причинной связи увечья, заболевания в формулировке **«военная травма»** в следующих случаях:

- если увечье получено освидетельствуемым при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей);
- если заболевание получено освидетельствуемым при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в результате поражений, обусловленных воздействием радиоактивных веществ, источников ионизирующего излучения, компонентов ракетных топлив и иных высокотоксичных веществ, токсичных химикатов, относящихся к химическому оружию, источников электромагнитного поля и лазерного излучения, микроорганизмов I и II групп патогенности;
- если увечье, заболевание получено в период пребывания освидетельствуемого в составе действующей армии в годы гражданской войны, Великой Отечественной войны, на Китайско-Восточной железной дороге в 1929 г., во время советско-финляндской войны 1939–1940 гг., в период боевых действий в Западной Белоруссии и на Западной Украине в 1939 г., в боях у озера Хасан в 1938 г. и на реке Халхин-Гол в 1939 г., во время войны с Японией 1945 г., а также в боевых операциях по ликвидации

националистического подполья (бандитизма) на территориях Украинской ССР, Белорусской ССР, Латвийской ССР, Литовской ССР и Эстонской ССР в период с 1 января 1944 г. по 31 декабря 1951 г. (при наличии удостоверения участника войны), во время пребывания в плену (если пленение не было добровольным и военнослужащий, находясь в плену, не совершил преступления против Родины), либо если имело место прогрессирующее (утяжеление течения) заболевания, возникшего до указанных событий, либо если хроническое, медленно прогрессирующее заболевание подтверждается медицинскими документами и особенностями течения заболевания, позволяющими отнести начало заболевания к периоду участия освидетельствуемого в указанных событиях;

– если заболевание возникло у освидетельствуемого в период проведения контртеррористических операций, выполнения задач в условиях чрезвычайного положения или при вооруженных конфликтах (при условии льготного исчисления выслуги лет для назначения пенсии из расчета 1 месяц службы за 3 месяца), либо в период прохождения военной службы (приравненной службы) в государстве, где велись боевые действия (при условии льготного исчисления выслуги лет для назначения пенсии из расчета 1 месяц службы за 3 месяца), либо в период его пребывания на разведывательной и контрразведывательной работе за границей, или если имело место прогрессирующее (утяжеление течения) заболевания, возникшего до указанных событий, или если хроническое, медленно прогрессирующее заболевание подтверждается медицинскими документами и особенностями течения заболевания, позволяющими отнести начало заболевания к периоду участия освидетельствуемого в указанных событиях (при данных условиях);

– если заболевание вирусным гепатитом, синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИДом) или ВИЧ-инфицирование возникло у освидетельствуемого в период нахождения на лечении вследствие хирургического вмешательства (медицинской манипуляции), а у освидетельствуемого из числа медицинских работников — вследствие ранения, полученного при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей);

– если увечье, заболевание возникло у освидетельствуемого при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей)

вследствие укуса насекомого, пресмыкающегося или телесного повреждения, нанесенного животным;

– если у военнослужащего, гражданина, проходящего приравненную службу, возникло поствакцинальное осложнение, вызванное профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям.

Рассмотрим последовательно перечисленные основания для вынесения заключения о причинной связи в формулировке «военная травма».

Наиболее часто в практической работе ВВК выносят заключение в формулировке «военная травма» в отношении военнослужащих, бывших военнослужащих, получивших при исполнении обязанностей военной службы увечье.

При этом ВВК устанавливает два основных юридически значимых обстоятельства. Это отношение нарушения здоровья освидетельствуемого к понятию «увечье» и возможность отнесения обстоятельств получения увечья к понятию «исполнение обязанностей военной службы».

Увечье в юриспруденции и медицине имеет несколько различные трактовки. Так в юридическом понимании увечье является разновидностью тяжкого телесного повреждения [10]. Тяжесть последствий как отличительная характеристика увечья встречается также в толковом словаре Ожегова [11]. В толковых словарях Т. Ф. Ефремовой [12], Д. Н. Ушакова [13] под увечьем понимается «телесное повреждение, частично или полностью лишаящее трудоспособности».

В медицинском понимании и руководствуясь смыслом п. 2 части 1 статьи 61 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» [1] увечье (ранение, травма, контузия) для целей ВВЭ рассматривается как повреждение организма (системы органов, органа, ткани) под воздействием внешней силы.

Понимание медицинского и юридического аспектов понятия «увечье, травма» имеет определяющее значение при рассмотрении вопросов определения причинной связи последствий оперативных и иных медицинских вмешательств, осложнения, которых равно как и само по себе повреждение тканей вследствие хирургической манипуляции ошибочно тракту-

ется заявителями как увечье, полученное при исполнении обязанностей военной службы (в период нахождения на лечении).

При рассмотрении жалоб вышеупомянутой тематики в судах разделение понятий «осложнение», «нормальное течение операции и послеоперационного процесса», «ятрогенное повреждение» имеют определяющее значение.

При вынесении заключения о причинной связи увечья с военной службой ВВК руководствуется обстоятельствами, перечисленными в статье 37 Федерального закона от 28 марта 1998 г. № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе» [2].

В соответствии с вышеуказанной статьей военнослужащий считается получившим увечье при исполнении обязанностей военной службы в следующих случаях:

- участие в боевых действиях, выполнение задач в условиях чрезвычайного или военного положения, вооруженных конфликтов, а также участие в деятельности по поддержанию или восстановлению международного мира и безопасности либо пресечению международной террористической деятельности за пределами территории Российской Федерации;
- исполнение должностных обязанностей;
- несение боевого дежурства, боевой службы, службы в гарнизонном наряде, исполнение обязанностей в составе суточного наряда;
- участие в учениях или походах кораблей;
- выполнение приказа или распоряжения, отданных командиром (начальником);
- нахождение на территории воинской части в течение установленного распорядком дня служебного времени или в другое время, если это вызвано служебной необходимостью;
- нахождение в служебной командировке;
- нахождение на лечении, следования к месту лечения и обратно;
- следование к месту военной службы и обратно;
- прохождение военных сборов;
- нахождение в плену (за исключением случаев добровольной сдачи в плен), в положении заложника или интернированного;

– безвестное отсутствие — до признания военнослужащего в установленном законом порядке безвестно отсутствующим или объявления его умершим;

– защита жизни, здоровья, чести и достоинства личности;

– оказание помощи органам внутренних дел, другим правоохранительным органам по защите прав и свобод человека и гражданина, охране правопорядка и обеспечению общественной безопасности;

– участие в предотвращении и ликвидации последствий стихийных бедствий, аварий и катастроф;

– совершение иных действий, признанных судом совершенными в интересах личности, общества и государства.

И, напротив, военнослужащий не считается получившим увечье, погибшим при исполнении обязанностей военной службы и не имеет оснований для вынесения ВВК заключения о причинной связи увечья (в том числе приведшего к смерти) в формулировке «военная травма», если увечье явилось следствием следующих обстоятельств [2]:

– самовольного нахождения вне расположения воинской части или установленного за пределами воинской части места военной службы, за исключением случаев нахождения за пределами воинской части вследствие нахождения в плену, безвестного отсутствия, защиты чести и достоинства личности, участия в ликвидации последствий стихийных бедствий, оказания помощи правоохранительным органам и некоторых других вышеперечисленных обстоятельств;

– добровольного приведения себя в состояние опьянения;

– совершения военнослужащим деяния, признанного в установленном порядке общественно опасным.

Применение ВВК вышеизложенных обстоятельств в качестве основания для вынесения заключений причинной связи увечий на первый взгляд не вызывает особенных трудностей.

Однако существенная социальная значимость таких заключений, особенно для военнослужащих, увечье которых привело к инвалидности, а также членов семей погибших вследствие военной травмы военнослужащих, позволяет формировать в обществе суждения о предвзятости, избыточной бюрократии, заинтересованности ВВК в экономии бюджетных средств и средств страховых организаций [20, 21].

В этой связи рассмотрим более подробно алгоритмы вынесения заключений у военнослужащих **о причинной связи увечий, заболеваний, полученных вследствие боевых действий, выполнения задач в условиях чрезвычайного или военного положения, вооруженных конфликтов, а также участия в деятельности по поддержанию или восстановлению международного мира и безопасности либо пресечению международной террористической деятельности за пределами территории Российской Федерации.**

В подавляющем большинстве случаев определение причинной связи увечья, полученного вследствие боевых действий, у военнослужащего, находившегося после его получения на лечении в военно-медицинской организации и прошедшего этапы лечебно-эвакуационных мероприятий, не вызывает никаких затруднений.

Как правило, у таких военнослужащих имеются необходимые документы, на основании которых подтверждается факт прохождения военной службы в условиях боевых действий, факт и обстоятельства получения увечья, диагноз увечья.

Перечень документов, подтверждающих непосредственное участие военнослужащего в боевых действиях, нормативными правовыми документами не определен.

При рассмотрении вопроса о причинной связи увечья у военнослужащего, принимавшего непосредственное участие в боевых действиях, ВВК изучает выписки из приказов командования военнослужащего об убытии в служебную командировку в район (государство), где ведутся боевые действия, первичную медицинскую карточку (ф.100) (Рисунок 1), выписные эпикризы из медицинских карт стационарного больного со всех этапов эвакуации, удостоверение ветерана боевых действий [22].

В отношении бывших военнослужащих ВВК запрашивает из центра социального обеспечения военного комиссариата субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, или военного комиссариата муниципального образования, из Центрального архива Министерства обороны Российской Федерации [19] пенсионное (личное) дело. В личном деле в соответствующей графе послужного списка указаны ранения, контузии, травмы, полученные в условиях боевых действий.

Изучая документы о прохождении военной службы для подтверждения отношения периода, когда военнослужащим получено увечье, к периоду боевых действий ВВК руководствуется Перечнем государств, городов, территорий и периодов ведения боевых действий с участием граждан Российской Федерации в соответствии с приложением к Федеральному закону от 12 января 1995 г. № 5-ФЗ «О ветеранах» [14].

Нахождение военнослужащего на вышеупомянутых территориях в соответствующие периоды ведения боевых действий, контртеррористических операций [29] подтверждается приказом Министра обороны Российской Федерации о направлении военнослужащего в составе определенного подразделения на территорию иностранного государства, приказом соответствующего (п. 2 Инструкции по организации направления военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации, проходящих военную службу по контракту, в служебные командировки на территории Российской Федерации) командира [16], командировочным удостоверением [17].

В отношении заболеваний, начало или прогрессирование которых можно отнести к периоду участи в вооруженных конфликтах, контртеррористических операциях и иных оговоренных подп. «а» п. 94 Положения о военно-врачебной экспертизе [7] врачу, проводящему исследование обстоятельств, необходимых для медицинского освидетельствования в целях определения причинной связи увечья, следует опираться в первую очередь на документы, подтверждающие период, когда выслуга лет на пенсию военнослужащего исчисляется из расчета один месяц за три месяца.

Таковыми документами в отношении военнослужащих, участвовавших к контртеррористической операции на Северном Кавказе в период с августа 1999 г. [14] могут быть приказы командиров (начальников) воинских частей, подразделений, привлекаемых к проведению контртеррористических операций, в которых указаны даты или периоды непосредственного участия военнослужащих в контртеррористических операциях и которые утверждены руководителем Регионального оперативного штаба, а со 2 августа 2006 г. — руководителем контртеррористической операции [28,18].

При этом, в качестве основания для рассмотрения вопроса о причинной связи заболевания, полученного военнослужащим в период проведения контртеррористической операции, в формулировке «военная травма»

обязательным условием является подтверждение факта непосредственного участия в указанной операции при расчете выслуги лет на пенсию исходя из периода 1 месяц за 3 месяца. В иных случаях при выполнении задач в условиях контртеррористической операции выслуга лет на пенсию исчисляется из расчета 1 месяц за 1,5 месяца [28].

Кроме того, в соответствии с требованиями законодательства о противодействии терроризму [28] введение режима контртеррористической операции или установление уровня террористической опасности [30] подлежит обязательному обнародованию. Таким образом, в сомнительных случаях (противоречивые сведения о территориях и сроках участия военнослужащего в контртеррористической операции) дополнительным подтверждением факта введения режима контртеррористической операции могут служить официальные информационные источники.

Чрезвычайное положение [15] на федеральном уровне в Российской Федерации не вводилось. Локально чрезвычайное положение было введено Президентом Российской Федерации Б. Ельциным в Москве с 3 октября до 18 октября 1993 г., а также на территориях Республик Северная Осетия — Алания и Ингушетия.

В связи с обострившейся ситуацией и межнациональными конфликтами согласно Указу Президента Российской Федерации № 1327 от 2 ноября 1992 г. на всей территории этих республик со 2 ноября 1992 г. до 2 декабря 1992 г. было введено чрезвычайное положение, которое затем в 1993–1995 гг. различными указами Президента Российской Федерации продлялось в отдельных районах этих республик. В этой связи с момента вступления в силу Закона Российской Федерации от 21 января 1993 г. «О дополнительных гарантиях и компенсациях военнослужащим, проходящим военную службу на территориях государств Закавказья, Прибалтики и Республики Таджикистан, а также выполняющим задачи в условиях чрезвычайного положения и при вооруженных конфликтах» [31], предусмотренные в нем льготы распространялись и на военнослужащих, выполнявших задачи на этой территории.

Определение факта введения режима контртеррористической операции на определенной территории в определенный период времени, факта и продолжительности режима чрезвычайного положения, а также вооруженного конфликта не является компетенцией ВВЭ.

Но на практике же эти знания используются врачами ВВК при выполнении трудовой функции по определению причинной связи заболеваний у военнослужащих, проходивших военную службу на территориях, отнесенных к зонам вооруженных конфликтов или чрезвычайного положения, что обеспечивает всесторонность и объективность выносимого заключения о причинной связи.

Так, например, при вооруженных конфликтах на территории Северного Кавказа даже при наличии справки командования о периодах непосредственного участия и соответствующей льготной (1 день за 3 дня) выслуги лет на пенсию военнослужащего ВВК приходится уточнять сведения, подтверждающие указанные в справке временные периоды и территории упомянутых вооруженных конфликтов.

В современный исторический период законодательством [31] определены дополнительные меры социальной защиты военнослужащих, сотрудников Государственной противопожарной службы МЧС РФ [32], а также лиц рядового и начальствующего состава, курсантов и слушателей учебных заведений Министерства внутренних дел Российской Федерации [33], выполняющих и выполнявших задачи в условиях вооруженного конфликта в Чеченской Республике.

Порядок установления факта выполнения военнослужащими задач в вооруженных конфликтах, определяется Правительством Российской Федерации [34,35]. В соответствии с таковым выполнение задач в Приднестровье и Таджикистане считается выполнением задач в условиях вооруженного конфликта.

Первоначально с 1995 г. [36] зонами вооруженного конфликта на Северном Кавказе считалась Чеченская Республика и прилегающие к ней территории. При этом отнесение прилегающих территорий к территориям вооруженных конфликтов было возможно совместными решениями федеральных органов исполнительной власти, в которых в соответствии с законодательством Российской Федерации предусмотрена военная служба [37].

До настоящего времени вышеупомянутый алгоритм принятия совместных решений не применялся.

На сегодняшний день к выполнению задач в условиях вооруженных конфликтов на территории Северокавказского региона отнесены:

– выполнение задач военнослужащими и сотрудниками органов внутренних дел на территориях Республики Северная Осетия — Алания и Республики Ингушетия в октябре — ноябре 1992 г.;

– выполнение задач военнослужащими, а также лицами рядового и начальствующего состава, курсантами и слушателями учебных заведений Министерства внутренних дел Российской Федерации на всей территории Чеченской Республики в период с декабря 1994 г. по декабрь 1996 г. [34]

Соответственно, иные периоды и территории участия военнослужащих в боевых действиях на территории Северного Кавказа могут быть отнесены приказами командования только к контртеррористическим операциям (после августа 1999 г.) [14].

В этой связи в сомнительных случаях врачу, проводящему медицинское освидетельствование в целях определения причинной связи увечья, заболевания, следует путем составления соответствующих запросов конкретизировать правомерность применения в отношении освидетельствуемого понятий: «вооруженный конфликт», «чрезвычайное положение» или «контртеррористическая операция».

Например, даже при предоставлении гражданином справки, содержащей сведения о периодах его участия после декабря 1996 г. при прохождении военной службы в вооруженном конфликте на территории Чеченской республики с расчетом выслуги лет на пенсию 1 месяц за 3 месяца, ВВК при рассмотрении вопроса об определении причинной связи заболеваний, возникших в указанный период, не находит оснований для применения формулировки «военная травма».

Наряду с документальным подтверждением участия в боевых действиях ВВК обязательно изучает медицинскую документацию, содержащую сведения о диагнозе и тяжести увечья и его последствиях.

Основным документом, подтверждающим оказание военнослужащему первичной медико-санитарной помощи в условиях боевых действий, является первичная медицинская карточка (ф. 100) (рисунок 1).

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Первичная медицинская карточка Форма 100

Медицинская помощь

Выдана: _____

_____ час. _____ мин. 19__ г.

Удостоверяю личность, номер 26 _____

Работ. заболел _____ час _____ мин. 19__ г.

ИЗОЛЯЦИЯ

САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА

РАДИАЦИОННОЕ ПОРАЖЕНИЕ

Подчеркнуть	Доза (мЗв/ч)
Ведение: антибиотик	
Сыворотка (БОС, ПГС)	
анатомия (какой)	
актидот (какой)	
обезболивающие средство	
Проведено: переливание	
крови, кровезамещающей	
веществами, сорбентами.	

Жгут наложить _____ час. _____ мин.
Санитарная обработка (подчеркнуть) полная, частичная, не проводилась
Эвакуировать (куда, когда, как)

Очередность эвакуации: I II III

Куда эвакуировать

Исход (какой)

Врач _____ " " _____ 19__ г.
подпись разборчиво

наименование этапа	Поступил
	" ____ " час " ____ " мин _____ 19__ г.
Уточненный диагноз	_____
Оказана помощь	_____
Эвакуировать (куда, когда, как)	_____
Исход (какой)	_____
Врач _____ " " _____ 19__ г. подпись разборчиво	

Рис. 1 Первичная медицинская карточка (без корешка) лицевая сторона (вверху) и оборотная сторона (внизу)

В целях обеспечения преемственности на этапах лечебно-эвакуационных мероприятий в отношении военнослужащих, выполняющих специальные задачи в составах группировок войск (в том числе за пределами Российской Федерации), участвующих в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера в качестве формы первичного персонального медицинского учета с 1 сентября 2018 г. Главным военно-медицинским управлением Министерства обороны Российской Федерации введена в действие карта оказания медицинской помощи (ф.50) (Рисунки 2а, 2б).

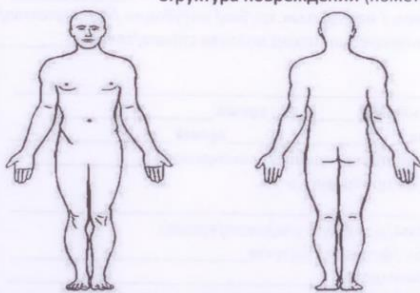
КОРЕШОК КАРТЫ 30 № 0000001 ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	форма 50 КАРТА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 30 № 0000001
«__» час _____ мин. _____ 20__ г. Ф.И.О. _____ ВС ГП Чл. семьи Иные (указать) _____ Звание, подразделение (личный номер) _____	Ф.И.О. _____ Возраст _____ Пол (обвести) М Ж Принадлежность: ВС ГП Чл. семьи Иные (указать) _____ Звание, подразделение (личный номер) _____
Заболел, ранен _____ ч _____ мин «__» _____ 20__ г. Эвакуирован: _____ (подчеркнуть) самостоятельно, автотранспорт, вертолет, самолет, иное (указать) _____ Куда эвакуирован: _____ (указать) _____	Причина обращения (подчеркнуть): заболевание (соматическое, психиатрич., инфекцион.), ДТП, бытовая, производственная, механическая, огнестрельная (пулевая, осколочная), минно-взрывная, взрывная, спортивная, термическая, колото-резаная, сочетанная травмы, суицид, утопление, отравление, другая _____ Место заболевания /травмы/ ранения _____ Время получения заболевания /травмы/ ранения _____ ч. _____ мин. «__» _____ 20__ г. Обстоятельства _____
Первая помощь: оказана/не оказана/не требовал Мероприятия первой помощи _____	Жалобы _____ Диагноз _____
Оказанная помощь (указать): остан.кровотечения _____ перевязка, иммобилизация _____ проходимость дых.путей _____	Структура повреждений (пометить ранения и травмы «X»)  Ожоги пометить штриховкой ##### Место нахождения жгута пометить жирной чертой с указанием времени наложения Отрыв пометить сплошной штриховкой Иммобилизация, перевязка, санобработка (подчеркнуть) Спецобработка (подчеркнуть): выполнена (полностью / частично) _____ не выполнена _____
Обезболивание: _____ Антибиотик: _____ Антidot _____, Анатоксин: _____ Другое: _____ Инфузия: _____ объем _____ путь введения _____ Гемотрансфузия: _____ Согревание, промывание желудка _____ Другое _____ Санобработка: выполнена (полностью/частично) _____ не выполнена _____	Я, ФИО _____ подпись _____ (пациент) (законный представитель) даю свое информированное добровольное согласие на проведение мне медицинских вмешательств, в т.ч мед. эвакуации в соответствии со ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ
Причина: заболевание (соматическое, психиатр., инф.), бытовая, производственная, механическая, спортивная, огнестрельная (пулевая, осколочная), минно-взрывная, взрывная, термическая, колото-резаная, сочетанная травмы, суицид, утопление, отравление, ДТП, другая Диагноз: _____	ФИО мед. раб. _____ подпись _____ Дата и время заполнения формы «__» _____ мин. «__» _____ 20__ г. Нуждаемость на этапе медицинской эвакуации: ИЗОЛЯЦИЯ САН.ОБРАБОТКА НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ
в/ч (мед. организация), Ф.И.О., подпись врача (фельдшера)	

Рис. 2а. Карта оказания медицинской помощи (ф. 50), лицевая сторона.

форма 50

КАРТА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (обратная сторона)

Первая помощь: оказана / не оказана / не требовалась

Мероприятия первой помощи: _____
обезболивание (уточнить)

Состояние (подчеркнуть) удовлетворительное, ср. тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, преагональное, агональное, клиническая смерть

Симптомы	Стабильное	Нестабильное
Сознание (подчеркнуть)	ясное	угнетено/ отсутствует / кома _____ (по шкале Глазго)
Частота дыхания (в мин)	12-28	меньше 12 / больше 28
Сатурация O ₂	больше 94%	меньше 94%
Время капил. наполн. ногтевого ложа	меньше 2 с.	больше 2 с.
Пульс на лучевой артерии (в мин)	60-90	меньше 60 / больше 90
Систолическое АД лежа (мм.рт.ст.)	100-160	меньше 100 / больше 160
Температура тела	36,0 – 38,0	меньше 36,0 / больше 38,0

Дополнения (указать) судороги, психомоторное возбуждение/бред/галлюцинации, рвота _____ раз, диарея _____ раз, другое: _____

Оказанная помощь (указать время): _____

Остановка кровотечения: жгут / дав. повязка / гемостатик / другое _____

Повязка _____ Иммобилизация штатными/подручными средствами _____

Пропходимость дых. путей (подчеркнуть): воздуховод / назофаринг. трубка / интубация / коникотомия/ иное / не требовалось
 Нарушение дыхания: декомпрессия плевр. полости справа/слева _____
 дренир. плевр. полости справа / слева _____

Инфузия: вид раствора _____
 объем _____; путь введения: в/костный, в/в, _____; время: _____

Гемотрансфузия (обвести): эр. взвесь / СЗП объем _____ время _____

Согревание _____ Промывание желудка: зондовое/беззондовое _____

Частичная санитарная обработка: проводилась/не проводилась _____

Другое _____

Лекарственные препараты (тип/доза/путь введения/время): _____

Обезболивающее: анальгин / кеторол / промедол / фентанил / другое _____

Антибиотик _____ Антидот _____

Антифибринолитик _____ Анатоксин _____

Другое _____

Эвакуация (обвести): лежа/сидя; в первую очередь/во вторую очередь _____

Транспорт: авиационный, санитарный автомобильный, общего назначения, с использ. модуля _____

Транспортировку перенес (указать): без осложнений, осложнения: _____

Доставлен в _____ « _____ » час. _____ » мин. _____ 20 _____ г.

Звание, воинская часть (мед. организация), Ф.И.О., подпись врача (фельдшера)

Рис. 2б. Карта оказания медицинской помощи (ф. 50), оборотная сторона.

Для ВВК сведения, содержащиеся в вышеупомянутой первичной медицинской документации, имеют существенное значение для подтверждения точной даты и характера увечья, а также ориентировочного объема повреждения организма.

Вместе с тем, наибольшее значение для формулировки экспертного заключения имеют медицинские карты стационарного больного (или выписки из них), оформляемые на лечебно-эвакуационных этапах.

На практике при наличии у военнослужащего выписок из приказов, подтверждающих его участие в момент получения увечья в боевых действиях, первичной медицинской учетной документации и выписок из медицинских карт стационарного больного (историй болезни) необходимости запросов медицинских карт стационарного больного (историй болезни) не требуется.

Вместе с тем, при наличии у военнослужащего незаверенных копий вышеупомянутых документов, противоречивых описаний обстоятельств, характера, локализации и тяжести увечья в выписках из медицинских карт

стационарного больного (историй болезни) ВВК запрашивает необходимую информацию у командования военнослужащего, медицинскую документацию в военно-медицинских организациях, где военнослужащий находился на лечении, в архивах.

Следует обратить внимание также на то обстоятельство, что формы первичного персонального медицинского учета при поступлении пострадавшего военнослужащего в стационар (например, медицинский отряд специального назначения) не всегда возможно истребовать у освидетельствуемого, так как, как правило, они вклеиваются в медицинскую карту стационарного больного.

Положением о военно-врачебной экспертизе [7] предусмотрена возможность ВВК определять причинную связь увечий с «военной травмой» и при отсутствии вышеперечисленных документов.

В случаях, когда военнослужащий получил увечье в условиях боевых действий, но по каким-либо причинам не имеет подтверждающих медицинских документов и документов об обстоятельствах его получения, вопрос об определении причинной связи последствий увечья в формулировке «военная травма» может быть рассмотрен ВВК при наличии у такого военнослужащего явных телесных повреждений, характерных для боевых действий.

Обстоятельства получения вышеупомянутых телесных повреждений должны быть подтверждены свидетелями (не менее 2), проходившими военную службу и принимавшими вместе с пострадавшим участие в боевых действиях.

Факт прохождения свидетелями военной службы, службы в органах и организациях прокуратуры, военных сборов вместе с освидетельствуемым должен быть подтвержден командиром воинской части, в которой освидетельствуемый проходил военную службу, службу в органах и организациях прокуратуры, военные сборы, или военным комиссаром муниципального образования (муниципальных образований) по месту жительства свидетелей.

Свидетельские показания не являются основанием для установления факта перенесения гражданином, проходившим военную службу, заболевания или контузии.

При этом, следует иметь ввиду, что установление диагноза не входит в полномочия ВВК при проведении заочного (по документам) исследования в целях определения причинной связи.

Таким образом, характер, давность явных боевых повреждений являются фактами, имеющими юридическое значение, и устанавливаются путем проведения судебно-медицинской экспертизы, рассмотрения показаний свидетелей и других материалов в рамках рассмотрения дела в суде [23].

Например, гражданин И. обратился в ГЦ ВВЭ МО РФ с просьбой вынести заключение о причинной связи «энцефалопатии второй стадии», приведшей к его инвалидности до истечения одного г. после увольнения с военной службы. Из обращения И. известно, что, будучи старшим лейтенантом, он проходил военную службу в условиях вооруженного конфликта на территории республики Дагестан в июле — августе 1998 г. и получил в этот период вследствие поражения взрывной волной от взрыва фугаса закрытую черепно-мозговую травму, контузию головного мозга. В доказательство происшедшего гражданин И. приложил к заявлению справку командира войсковой части 00000 о непосредственном участии И. в вышеупомянутом вооруженном конфликте, справку о травме об обстоятельствах получения «закрытой черепно-мозговой травмы, контузии головного мозга», медицинскую книжку за период с 1995 по 2018 гг., а также заключение врача-невролога медицинского центра ООО «Частный медицинский центр» от 13 августа 2019 г. о имеющейся у гражданина И. «энцефалопатии смешанного генеза (дисциркуляторная второй стадии и посттравматическая (контузия от августа 1998 г.) с очаговой неврологической симптоматикой и умеренными когнитивными нарушениями».

При изучении представленных документов специалистами ЦВВК обращено внимание на то, что указанный в обращении период не определен законодательно [14] как период вооруженного конфликта по месту прохождения военной службы. Кроме того, первичный диагноз отражен в справке о травме, которая не является медицинским документом и должна отражать исключительно обстоятельства получения увечья. Первичной медицинской документации о травме старшего лейтенанта И. не имеется. В медицинской книжке за весь период наблюдения записей об обращениях за медицинской помощью по поводу «перенесенной контузии головного мозга» нет. С 2008 г. имеются неоднократно зарегистрированные об-

ращения по поводу гипертонической болезни, а также диагностирован атеросклероз брахиоцефальных артерий.

Заключение врача частного медицинского центра о посттравматической составляющей имеющейся у гражданина И. энцефалопатии не может быть принято за доказательство факта получения черепно-мозговой травмы, так как оно основано исключительно на полученном от пациента анамнезе.

Дополнительно запрошено и изучено пенсионное дело. Установлено, что в послужном списке дела записей в разделе «участие в боевых действиях» не имеется. В листе расчета выслуги лет для начисления пенсии имеются периоды прохождения гражданином И. военной службы со сроками один месяц за полтора месяца с 1996 по 2000 гг.

Таким образом, ЦВВК сведений, подтверждающих факт и обстоятельства получения вышеупомянутой закрытой черепно-мозговой травмы, и оснований для вынесения заключения имеющейся у гражданина И. энцефалопатии в формулировке «военная травма» не найдено. В результате ЦВВК вынесено заключение о причинной связи заболевания «дисциркуляторная энцефалопатия второй стадии» в формулировке «заболевание получено в период военной службы».

Трудность вынесения заключения о причинной связи заболевания в описанной ситуации обуславливается также отсутствием полномочий ВВК устанавливать или отменять клинический диагноз. Таким образом, формально ЦВВК при вынесении заключения в отношении гражданина И. следовало использовать формулировку диагноза, установленного в ООО «Частный медицинский центр», то есть указать и посттравматическую составляющую энцефалопатии. Но в практической деятельности ВВК руководствуются наряду с четко прописанными положениями нормативных правовых актов также общемедицинскими знаниями, позволяющими применить корректную для понимания заключения ВВК формулировку диагноза.

Возникающее различие клинического диагноза в выписке медицинского центра и в заключении ВВК приводит в некоторых случаях к необходимости отстаивания вынесенного заключения в судебном порядке. И только судебно-медицинская экспертиза, назначенная судом, окончательно ставит точку в вопросе обоснованности установленного диагноза.

По нашему мнению, для исключения подобных правовых коллизий целесообразно закрепить в Положении о военно-врачебной экспертизе понятие клинико-экспертного диагноза. В таком случае ВВК в целях вынесения корректного и понятного для дальнейшего социального обеспечения освидетельствованного лица заключения будет правомочна по представленным медицинским сведениям сформулировать диагноз с соответствующими функциональной и экспертной его составляющими.

Рассмотрим предыдущий пример с несколько измененными условиями.

Допустим, что в личном (пенсионном) деле имеются сведения об участии военнослужащего в период с 3 ноября по 17 декабря 1995 г. в вооруженном конфликте на территории Чеченской Республики с соответствующим периодом с исчислением выслуги лет на пенсию из расчета один месяц за три месяца, есть ПМК (ф. 100) с указанием на закрытую черепно-мозговую травму.

В таком случае у ВВК есть все основания для вынесения заключения о причинной связи закрытой черепно-мозговой травмы в формулировке «военная травма».

Однако для определения причинной связи заболеваний, которые могли возникнуть после черепно-мозговой травмы, дополнительно следует обратить внимание врача ВВК на исключительность экспертных подходов к определению причинной связи последствий легкой черепно-мозговой травмы с сотрясением головного мозга. Для связи последствий указанной легкой черепно-мозговой травмы с «военной травмой» наряду с подтверждением обстоятельств травмы имеют значение сведения о проявлениях ее последствий в течение первых двух лет после травмы. Возникшие после упомянутого срока заболевания головного мозга уже не будут связаны с перенесенной травмой [38].

В отношении хронических медленно прогрессирующих заболеваний, как уже упомянуто выше, для определения причинной связи в формулировке «военная травма» имеет значение документация, подтверждающая возникновение, прогрессирование (утяжеление течения) в установленных подп. «а» п. 94 Положения о военно-врачебной экспертизе обстоятельствах:

– если заболевание получено освидетельствуемым при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в результате по-

ражений, обусловленных воздействием радиоактивных веществ, источников ионизирующего излучения, компонентов ракетных топлив и иных высокотоксичных веществ, токсичных химикатов, относящихся к химическому оружию, источников электромагнитного поля и лазерного излучения, микроорганизмов I и II групп патогенности, за исключением случаев применения формулировок заключений ВВК «заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС», «заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска»;

– в период пребывания освидетельствуемого в составе действующей армии в годы гражданской войны, Великой Отечественной войны, на Китайско-Восточной железной дороге в 1929 г., во время советско-финляндской войны 1939–1940 гг., в период боевых действий в Западной Белоруссии и на Западной Украине в 1939 г., в боях у озера Хасан в 1938 г. и на реке Халхин-Гол в 1939 г., во время войны с Японией 1945 г., а также в боевых операциях по ликвидации националистического подполья (бандитизма) на территориях Украинской ССР, Белорусской ССР, Латвийской ССР, Литовской ССР и Эстонской ССР в период с 1 января 1944 г. по 31 декабря 1951 г. (при наличии удостоверения участника войны), во время пребывания в плену (если пленение не было добровольным и военнослужащий, находясь в плену, не совершил преступления против Родины);

– в период проведения контртеррористических операций, выполнения задач в условиях чрезвычайного положения или при вооруженных конфликтах (при условии льготного исчисления выслуги лет для назначения пенсии из расчета 1 месяц службы за 3 месяца), либо в период прохождения военной службы (приравненной службы) в государстве, где велись боевые действия (при условии льготного исчисления выслуги лет для назначения пенсии из расчета 1 месяц службы за 3 месяца), либо в период его пребывания на разведывательной и контрразведывательной работе за границей;

– если заболевание вирусным гепатитом, синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИДом) или ВИЧ-инфицирование возникло у освидетельствуемого в период нахождения на лечении вследствие хирургическо-

го вмешательства (медицинской манипуляции), а у освидетельствуемого из числа медицинских работников — вследствие ранения, полученного при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей);

– если заболевание возникло у освидетельствуемого вследствие полученного при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) укуса насекомого, пресмыкающегося или телесного повреждения, нанесенного животным;

– если у военнослужащего, гражданина, проходящего приравненную службу, возникло поствакцинальное осложнение, предусмотренное перечнем поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 2 августа 1999 г. № 885 «Об утверждении перечня поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий».

Из вышеперечисленных обстоятельств наиболее частые затруднения при проведении ВВЭ врачи ВВК испытывают при установлении обстоятельств начала или прогрессирования заболевания в условиях боевых действий, чрезвычайного положения, проведения контртеррористических операций, нахождения на разведывательной работе за границей, которые для краткости мы объединим термином «особые условия службы».

В качестве основания для связи заболевания с «военной травмой» ВВК наиболее часто руководствуется достоверными записями в медицинской книжке (медицинской карте амбулаторного больного) об обращении за медицинской помощью по поводу обострения имеющегося или в связи с вновь возникшим заболеванием. Кроме того, большое значение для принятия решения о возможности отнесения начала или прогрессирования заболевания к периодам прохождения службы в особых условиях имеют выписные эпикризы из военно-лечебных организаций, составленные в ко-

роткие сроки после возвращения военнослужащего из соответствующих особых условий.

Такие документы, как правило, составлены в более квалифицированно и полно, что позволяет с большей достоверностью определить причины и сроки развития заболевания и соотнести их с соответствующими периодами службы в особых условиях.

Исходя из наиболее частых ошибок при определении причинной связи заболеваний с военной травмой обращаем внимание коллег на необходимость подтверждения возникновения или прогрессирования заболевания, а не его выявления. Диагностирование заболевания без признаков его обострения в момент обследования при обращении за медицинской помощью в период прохождения службы в особых условиях не является основанием для военной травмы.

Например, у военнослужащего при прохождении службы в особых условиях, обратившегося за медицинской помощью по поводу обострения язвенной болезни, при обследовании выявлен пролапс митрального клапана без сердечной недостаточности. Несмотря на диагностирование пролапса в период прохождения службы в особых условиях, указанная малая аномалия развития сердца является врожденной и не прогрессировала соответствующий период службы в особых условиях. В отношении язвенной болезни при рецидиве язвы, которая могла после рубцевания усугубить постязвенную деформацию луковицы двенадцатиперстной кишки, есть все основания для вынесения заключения ВВК в формулировке «военная травма». Если же обострение язвенной болезни заключалось в возникновении хронического гастродуоденита без развития новой язвы, то оснований считать такое обострение прогрессированием (ухудшением течения) нет, заключение ВВК в таком случае обоснованно будет вынесено в формулировке «заболевание получено в период военной службы».

Еще один пример: военнослужащий при прохождении службы в особых условиях обратился по поводу обострения катарального гайморита. При осмотре выявлено повышенное артериальное давление 148/96 мм. рт. ст. Из медицинской книжки известно, что пациент страдал гипертонической болезнью первой стадии в течение нескольких лет до прохождения службы в особых условиях. После возвращения в обычный режим служебной деятельности повышение артериального давления в пределах вышеупомянутых значений регистрировалось при ежегодных углубленных

обследованиях, профилактических осмотрах или обследованиях по поводу иных заболеваний. В таком случае говорить о возникновении прогрессировании (утяжелении течения) гипертонической болезни безосновательно.

Далее рассмотрим особенности определения у военнослужащих (бывших военнослужащих) причинной связи увечий, полученных при иных, за исключением участия в боевых действиях, обстоятельствах исполнения обязанностей военной службы, перечисленных в части 1 статьи 37 Федерального закона от 28 марта 1998 г. № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе».

В соответствии с пунктом 96 Положения о военно-врачебной экспертизе [7] основным документом, подтверждающим обстоятельства получения военнослужащим увечья, является справка о травме [24] (Рисунок 3).

Приложение № 2
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от 20 октября 2014 г. № 765

Форма

Угловой штамп
воинской части

Справка о травме

_____ (воинское звание, фамилия, имя, отчество, дата рождения военнослужащего (гражданина,
_____ проходящего военные сборы), получившего увечье, заболевание)
_____ 20 ____ г. _____ (указать день, месяц, год получения увечья (ранения, травмы, контузии),
_____ время и обстоятельства, при которых оно получено (по материалам расследования),
_____ дату и номер приказа командира воинской части (руководителя центрального органа
_____ военного управления, начальника (руководителя) организации),
_____ на основании которого выдана справка о травме)

Командир (начальник) _____ (воинское звание) _____ (подпись) _____ (инициал имени, фамилия)

М.П.

Рис. 3. Справка о травме

Справка о травме является основанием для вынесения ВВК заключения о причинной связи увечья, заболевания.

В ней указываются обстоятельства получения увечья, заболевания, на основании результатов расследования факта получения военнослужащим увечья, заболевания.

Командиром воинской части (руководителем центрального органа военного управления, начальником (руководителем) организации), в которой гражданин проходил военную службу, военные сборы) назначается расследование в следующих установленных пунктом 96 Положения о военно-врачебной экспертизе [7] случаях получения военнослужащим увечья, заболевания:

- получение увечья;
- возникновение заболевания вирусным гепатитом, синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИДом) или ВИЧ-инфицирования в период нахождения на лечении вследствие хирургического вмешательства (медицинской манипуляции) либо вследствие ранения, полученного медицинским работником при исполнении обязанностей военной службы;
- возникновение заболевания при исполнении обязанностей военной службы вследствие укуса насекомого, пресмыкающегося или телесного повреждения, нанесенного животным;
- возникновение при исполнении обязанностей военной службы заболевания в результате поражений, обусловленных воздействием радиоактивных веществ, источников ионизирующего излучения, компонентов ракетных топлив и иных высокотоксичных веществ, токсичных химикатов, относящихся к химическому оружию, источников электромагнитного поля и лазерного излучения, микроорганизмов I и II групп патогенности.

Справка о травме оформляется в течение 30 дней по окончании проведенного расследования и выдается на основании приказа командира воинской части, в котором указываются сведения об оформлении справки о травме и обстоятельствах получения увечья, заболевания.

Вышеуказанный «новый» (от 20 октября 2014 г.) порядок выдачи справки о травме [24] разработан с учетом трудностей в практике проведения ВВЭ предыдущих лет.

Основными отличиями существующих на сегодняшний день правил оформления справки о травме является отношение срока оформления к

факту расследования, а не к факту получения увечья, и установление приказа командира в качестве основания для выдачи справки.

Таким образом, военнослужащий может обратиться к командованию воинской части, в которой он проходил военную службу в момент получения травмы, о проведении расследования вне зависимости от давности получения увечья, заболевания. Ранее справка о травме подлежала оформлению не позднее 3 месяцев от момента получения увечья.

Материалы служебного разбирательства по факту получения военнослужащим увечья подлежат хранению в войсковой части в течение 5 лет. Необходимость же определения причинной связи последствий увечий возникает в большинстве случаев при медицинском освидетельствовании военнослужащего в связи с его предстоящим увольнением с военной службы или после увольнения при рассмотрении бюро медико-социальной экспертизы вопроса о признании гражданина, проходившего военную службу, инвалидом.

Кроме того, содержание справки о травме не всегда корректно и подробно отражает обстоятельства получения увечья.

Например, при указании обстоятельств командованием иногда допускаются такие формулировки как: «около 23.00 выходя из супермаркета по пути домой подвернул правую ногу», «в транспорте был избит неизвестными».

В первом случае ВВК необходимо уточнить путем запроса приказа командира части о выдаче справки о травме или материалов расследования факт перемещения военнослужащего именно со службы, а во втором — маршрут транспортного средства (в транспорте откуда? на службу? со службы?).

Приказы по личному составу хранятся в архивах бессрочно, в связи с чем ВВК при необходимости уточнения обстоятельств получения увечья, заболевания имеет возможность запросить недостающие сведения вне зависимости от давности получения военнослужащим увечья.

Аналогичный порядок оформления и выдачи справки о травме принят в Росгвардии. [41]

В других федеральных органах исполнительной власти порядок оформления справки отличается.

Например, в ФСБ России справка о травме выдается на основании материалов разбирательства органом безопасности, в котором военнослужащий проходит военную службу в момент получения травмы. При этом оформление факта выдачи справки о травме приказом руководителя органа безопасности не предусмотрено [39].

В отношении прокурорских работников в справке о травме также отсутствуют ссылки на приказ прокурора о выдаче справки и, кроме того, наряду с обстоятельствами получения увечья указывается связь его получения с исполнением служебных обязанностей [40].

Такое содержание справки о травме фактически сводит работу ВВК до соотнесения имеющихся у прокурорского работника последствий увечья и указанных в справке обстоятельств получения травмы.

В таможенных органах справка о травме выдается начальником таможенного органа на основании материалов административного расследования и содержит обстоятельства получения увечья [42]. При этом ссылка в документе на приказ начальника о выдаче справки не предусмотрена.

Несмотря на то, что с 2004 г. в выдаваемой в Министерстве обороны Российской Федерации справке о травме указываются только обстоятельства получения увечья, по сей день командованием допускается внесение в справку вывода об исполнении военнослужащим обязанностей военной службы, а также сведений о диагнозе и этапах лечения.

Вместе с тем, определение причинной связи увечья с военной службой является исключительной компетенцией ВВК.

В этой связи отраженное в справке о травме или материалах расследования мнение командования военнослужащего о факте получения увечья при исполнении обязанностей военной службы может учитываться ВВК при вынесении заключения, но не является определяющим.

Рассмотрим некоторые вопросы интерпретации специалистами ВВК указанных в справках о травме обстоятельствах в контексте применения части 1 статьи 37 Федерального закона от 28 марта 1998 г. №53-ФЗ [2].

В отношении описания в справке о травме обстоятельств получения военнослужащим увечья при исполнении должностных обязанностей, при несении боевого дежурства, службы в наряде, караульной службы, при

участии в учениях, в ликвидации последствий катастроф, аварий существенных сложностей в практической деятельности ВВК, как правило, не возникает.

В сомнительных случаях при недостаточности сведений в справке о травме [24] ВВК запрашивает у командования приказы о выполнении тех или иных мероприятий, должностные инструкции пострадавшего, командировочные удостоверения, графики и планы дежурств и другие необходимые для подтверждения обстоятельств документы.

Наибольшие трудности возникают у ВВК при оценке обстоятельств получения увечья военнослужащим, непосредственно исполняющим должностные обязанности, следующим к месту службы, месту лечения, находящимся в служебной командировке, находящимся в служебное время на территории воинской части или за ее территорией, защищающим честь и достоинство личности.

В соответствии с законодательством Российской Федерации [2] следование к месту службы и обратно является исполнением обязанностей военной службы.

В этом случае следует ответить на вопрос — какой временной промежуток и какой маршрут перемещения военнослужащего считать «следованием к месту службы и обратно»?

Так, например, военнослужащий, проходящий военную службу по контракту, капитан Н. согласно справке о травме в 20.00 по пути домой на входе из супермаркета поскользнулся, упал и получил закрытый вывих плеча, по поводу которого госпитализирован бригадой скорой помощи в городскую больницу.

При изучении обстоятельств получения увечья ВВК у командования капитана Н. запрошены материалы расследования (служебного разбирательства), по результатам изучения которых установлено:

– пострадавший военнослужащий убыл с места службы домой в 18.³⁰, при этом магазин, где им получено увечье, находился в районе города, расположенном в противоположном от дома направлении.

Таким образом, ВВК военно-медицинской организации расценила действия военнослужащего, как отклонение от маршрута следования со службы домой и вынесла заключение о причинной связи увечья «закрытая

черепно-мозговая травма» в формулировке «заболевание получено в период военной службы».

Вместе с тем, вышестоящая ВВК ГЦ ВВЭ МО РФ сочла вывод ВВК военно-медицинской организации недостаточно обоснованным и отменила первоначальное решение с вынесением заключения в формулировке «военная травма».

При этом ВВК ГЦ ВВЭ МО РФ исходило из отсутствия в законодательстве [2] ограничений маршрута следования со службы обратно домой. Первостепенное значение имеет именно «следование со службы обратно», то есть «возвращение со службы».

Большинством членов вышестоящей ВВК ГЦ ВВЭ МО РФ не найдено каких-либо законодательно установленных причин, обязывающих военнослужащего двигаться со службы кратчайшим путем и только в направлении дома без права, например, по пути купить продукты для своей семьи.

Ключевым при вынесении решения являлось указанное в материалах расследования обстоятельство получения капитаном Н. травмы при следовании со службы именно домой, то есть «обратно».

Изменим условия вышеописанной ситуации. Допустим, что капитан Н. двигаясь со службы по пути заехал в театр, на выходе из которого поскользнулся, упал и ударился, получив травму.

Можно ли его считать получившим увечье при следовании от места службы домой?

При этом ВВК опять же принимает за основу обстоятельства, подтверждающие факт «возвращения от места военной службы домой».

То есть, в первом случае капитан Н. следовал со службы и в пути получил увечье, во втором же случае увечье получено не в период следования со службы, а при следовании из театра.

Кроме того, в целях выяснения обстоятельств возможного маршрута следования военнослужащего с места службы ВВК, руководствуясь п. 6 части 4 статьи 13 Основ законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации [1] и п. 10 Положения о военно-врачебной экспертизе [7], в целях медицинского освидетельствования может запросить выписку из приказа командира воинской части о порядке убытия военно-

служащих, проходящих военную службу по контракту, за территорию закрытого военного городка (воинской части). Издание такого приказа предусмотрено п. 245.1 Устава внутренней службы Вооруженных сил Российской Федерации [25].

Сведения в упомянутом приказе могут быть приняты ВВК во внимание, но так же как и мнение командования об исполнении военнослужащим обязанностей военной службы, не являются определяющими для вынесения заключения о причинной связи увечья.

Наряду с вышеизложенными случаями получения военнослужащим увечья при исполнении обязанностей военной службы часто у специалистов ВВК возникают сложности при выяснении обстоятельств получения военнослужащим увечья при следовании к месту прохождения военной службы и обратно из отпусков и служебных командировок.

Служебные командировки военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, организуются на определенный срок в другую местность для выполнения служебного задания вне пункта постоянной дислокации или временного расквартирования воинской части (подразделения), в которой военнослужащий проходит военную службу [16].

Днем выезда в командировку считается день отправления поезда, самолета, автобуса или другого транспортного средства из пункта, где проходит военную службу командированный военнослужащий, а днем приезда — день прибытия транспорта в указанный пункт. При отправлении транспортного средства до 24 часов включительно днем выезда считаются текущие сутки, а с 0 часов и позднее — последующие сутки [26].

Если станция отправления транспортного средства находится за чертой населенного пункта, учитывается время, необходимое для проезда до этой станции. В таком же порядке определяется день приезда командированного военнослужащего в пункт постоянной дислокации или временного расквартирования воинской части (подразделения).

День выезда в командировку и день возвращения из командировки определяются по местному времени, считаются временем нахождения военнослужащего в командировке и, соответственно, являются обстоятельствами, при которых военнослужащий считается исполняющим обязанности военной службы.

В срок командировки засчитываются в том числе и выходные, праздничные дни в пределах сроков, определенных в командировочном удостоверении [17].

В случае болезни военнослужащего в пункте командировки дни болезни в продолжительность командировки не засчитываются, несмотря на то, что ему возмещаются расходы по найму жилого помещения (кроме случаев, когда военнослужащий находится на стационарном лечении) и выплачиваются суточные в течение всего периода времени, пока он не имеет возможности по состоянию здоровья приступить к выполнению возложенного на него служебного задания или вернуться к постоянному месту жительства.

Время нахождения в пути определяется по существующему расписанию движения транспортного средства, включая время задержки командированного в пути по независящим от него причинам и время на пересадки [26].

Обстоятельства, при которых военнослужащий, выезжая за пределы пункта постоянной дислокации воинской части, не считается находящимся в служебной командировке [26]:

- направление в составе воинской части, кроме случаев направления военнослужащих для выполнения полевых топографических, топогеодезических работ, аэросъемочных, гидрографических работ и зимних промеров по льду вне района своей базы, в составе штатных военных оркестров и театральных групп;

- выезды слушателей или курсантов, в том числе проходящих военную службу по контракту, для ознакомления с новыми вооружением и военной техникой или театрами бывших военных действий;

- выезды по личным вопросам без вызова вышестоящего командования;

- выезды военнослужащих по контракту для подготовки к вступительным экзаменам (экзаменам) и сдачи вступительных экзаменов (экзаменов):

- в военные профессиональные образовательные организации или военные образовательные организации высшего образования, адъюнктуру, военную докторантуру и в период обучения в них;

– в профессиональные образовательные организации, образовательные организации высшего образования с обучением без отрыва от исполнения служебных обязанностей (по заочной и очно-заочной форме обучения) и в период обучения в них;

– направление в воинские части, дислоцированные в других населенных пунктах, или зачисление в распоряжение соответствующих командиров в другие населенные пункты (при этом, находящиеся в других населенных пунктах военнослужащие в случае направления в командировку из этих населенных пунктов, считаются находящимися в служебной командировке);

– осуждение к наказанию в виде ареста (с содержанием на гауптвахте);

– направление в составе воинских частей (подразделений, в том числе сводных подразделений) для отработки задач по боевой (учебно-боевой) подготовке в учебные центры, учебные воинские части военных профессиональных образовательных организаций или военных образовательных организаций высшего образования, лагеря, на полигоны и запасные аэродромы;

– участие в составе воинских частей (подразделений, в том числе сводных подразделений) в маневрах, полевых и командно-штабных учениях (играх), походах кораблей.

Учитывая изложенное, для определения причинной связи увечья с военной службой в отношении военнослужащих, находящихся в командировке, врачу, проводящему ВВЭ, следует документально подтвердить факт нахождения военнослужащего в служебной командировке во время получения увечья, место и обстоятельства получения увечья (соответствие места происшествия населенному пункту, организации, воинской части, указанных в командировочном удостоверении; отсутствие обстоятельств, при которых военнослужащий не считается исполняющим обязанности военной службы).

Например, согласно представленному в ГЦ ВВЭ МО РФ заявлению об определении причинной связи увечья лейтенант И. при нахождении в служебной командировке нырнул в реку и получил «травму ныряльщика» перелом шейного отдела позвоночника. При изучении запрошенных документов ВВК установлено, что лейтенант И. в служебное (в соответствии

с распорядком дня воинской части по месту командирования) послеобеденное время около 15.⁰⁰ принял решение искупаться в протекавшей неподалеку реке.

В командировочном удостоверении место командировки определено в формулировке «аэродром Н.». Специалистами ВВК установлено, что река протекала за пределами территории, относящейся к аэродрому. Таким образом, в момент получения увечья лейтенант И. без соответствующего приказа командования самовольно покинул пункт командирования и не считается получившим увечье при исполнении обязанностей военной службы в служебной командировке. Заключение о причинной связи увечья лейтенанта И. вынесено в формулировке «заболевание получено в период военной службы».

Капитан П. передвигаясь в период нахождения в служебной командировке в населенном пункте Т. на личном спортивном мотоцикле попал в дорожно-транспортное происшествие и в результате столкновения с автомобилем получил множественные переломы костей верхней конечности. В результате ДТП водитель автомобиля не пострадал. Виновным в ДТП по данным проведенного сотрудниками ГИБДД разбирательства признан капитан П. Увечье капитана П. признано ВВК «военной травмой». При этом специалистами приняты во внимание следующие обстоятельства: передвижение на личном транспорте и нарушение правил дорожного движения, не повлекшее запрещенное УК РФ [27] действие, не несут признаков общественной опасности, по результатам медицинского освидетельствования водитель мотоцикла в состоянии опьянения не находился. Таким образом, несмотря на некоторую необычность, может быть даже «неэтичность» поведения военнослужащего в служебной командировке, оснований со стороны ВВК в отказе в определении причинной связи увечья в формулировке «военная травма» не имелось.

В практике вынесения заключений ЦВВК ГЦ ВВЭ МО РФ можно отметить ещё один интересный пример. Капитан П. направлен командованием в служебную командировку в г. Волгоград. По прибытии в Волгоград капитан П. встретил сослуживца — старшего лейтенанта К., в сопровождении которого убыл на личном транспорте К. в один из поселков Волгоградской области к знакомым К. девушкам и остались там на ноч-

лег. Ночью в тот же дом прибыли двое местных жителей, один из которых нанес ножевое ранение капитану П., повлекшее смерть последнего. На первый взгляд алгоритм принятия ВВК заключения о причинной связи увечья, приведшего к смерти капитана П., очевиден: военнослужащий отклонился от маршрута служебной командировки самовольно. Кроме того, описанные обстоятельства: встреча с сослуживцем, ночлег у «знакомых девушек», позволили специалистам ЦВВК предположить возможность нахождения погибшего в состоянии алкогольного опьянения.

Вместе с тем, в приказе командира части об исключении капитана П. из списков личного состава воинской части формулировка причины гибели военнослужащего определена как «смерть наступила при исполнении обязанностей военной службы».

В этой связи специалистами ЦВВК запрошены материалы служебного разбирательства, материалы следствия, акты судебно-медицинского (в том числе судебно-химического) исследований.

В судебно-медицинских документах сведения о содержании в крови трупа капитана П. алкоголя или наркотических и психотропных веществ отсутствовали.

По сведениям из постановления уголовного суда гражданин, нанесший ножевое ранение, находился в состоянии алкогольного опьянения. Удару ножом предшествовал его разговор с капитаном П. Возможные свидетели к моменту ссоры спали и непосредственное нападение не видели.

В материалах служебного разбирательства в обоснование довода о смерти капитана П. при исполнении обязанностей военной службы положен вывод о получении увечья, приведшего к его гибели, при защите чести и достоинства личности.

Таким образом, ЦВВК обоснованно вынесено заключение о причинной связи увечья, приведшего к гибели капитана П. в формулировке «военная травма».

При вынесении заключения о причинной связи увечий, проверяя обстоятельства нахождения военнослужащего при исполнении обязанностей военной службы, ВВК часто сталкивается с необходимостью документального подтверждения факта добровольного приведения освидетель-

ствуемого в состояние опьянения. В этой связи, ВВК при установлении обстоятельств запрашивает материалы расследований, акты судебно-медицинских исследований, истории болезни и иные документы, подтверждающие или опровергающие факт опьянения.

Следует упомянуть, опьянение является клиническим проявлением приема алкоголя или наркотических и психотропных веществ. Порядок освидетельствования граждан в целях установления опьянения определен Минздравом России [47].

В случае отсутствия документов, подтверждающих юридически установленный факт опьянения, а также при вынесении заключения о причинной связи увечья, приведшего к смерти, ВВК руководствуется критериями опьянения, определенными Минздравом России. Так для в отношении концентрации алкоголя в крови критерием опьянения является показатель от 0,3 и более грамма на литр крови. В отношении наркотических и иных психоактивных веществ заключение о состоянии опьянения выносится при обнаружении одного или нескольких наркотических средств, психотропных или иных, вызывающих опьянение, веществ или их метаболитов, вне зависимости от их концентрации.

Кроме того, при определении факта исполнения обязанностей военной службы в отношении военнослужащих, находящихся в состоянии опьянения, врачу ВВК следует определить причинно-следственную связь факта нахождения военнослужащего в состоянии опьянения с получением увечья, т. к. в соответствии со ст. 37 Федерального закона о воинской обязанности и военной службе [2] военнослужащий не признается получившим увечье при исполнении обязанностей военной службы, если это явилось следствием добровольного приведения себя в состояние опьянения.

Например, военнослужащие, возвращаясь на личном легковом автомобиле одного из них от места прохождения военной службы домой. Находящийся за рулем военнослужащий не справился с управлением транспортного средства, выехал на полосу встречного движения и в результате столкновения со встречным грузовым автомобилем оба военнослужащих погибли. При изучении материалов расследования, акта судебно-медицинской экспертизы установлено, что содержание этилового спирта в крови обоих трупов превышало 0,3 грамма на литр крови. Таким

образом, в момент аварии оба военнослужащих находились в состоянии опьянения.

Вместе с тем, для водителя состояние опьянения явилось вероятной причиной совершения ДТП, тогда как смерть пассажира не явилась следствием нахождения его в состоянии опьянения.

В указанном примере заключения ВВК о причинной связи увечья, приведшего к смерти военнослужащего, находившегося за рулем, обоснованно вынесено в формулировке «заболевание получено в период военной службы», а в отношении пассажира — «военная травма».

При рассмотрении вопросов о причинной связи увечий, приведших к гибели военнослужащих, спорные вопросы возникают также в отношении подтверждения факта нахождения на территории воинской части в течение установленного распорядком дня служебного времени или в другое время, если это вызвано служебной необходимостью.

Так в отношении военнослужащих, проходящих военную службу по контракту и проживающих в жилых помещениях на территориях воинских частей, нахождение в квартире в момент гибели не является исполнением обязанностей военной службы.

Дополнительно в настоящем разделе пособия следует упомянуть о трактовке понятия «суицид» с точки зрения его соответствия исполнению или не исполнению обязанностей военной службы.

ВВК при вынесении заключений о причинной связи увечья, приведшего к гибели военнослужащего, в отношении лиц, совершивших самоубийство, рассматривает не сам факт самоубийства, а диагноз увечья, полученного при его совершении.

Действительно, УК РФ [27] запрещены деяния по доведению до самоубийства или склонению к самоубийству. Суицид, следовательно, не несет в себе законодательно установленной общественной опасности.

При вынесении заключения о причинной связи в диагнозе указывается диагноз увечья, непосредственно приведшего к гибели военнослужащего (например, механическая асфиксия вследствие удушения петлей, утопление в воде, огнестрельное ранение и др.).

3.2. Определение причинной связи заболеваний у военнослужащих, граждан, проходивших военную службу, принимавших участие в работах по ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС

В ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС принимала участие вся страна. Значительная, самая опасная и трудоемкая часть работ была возложена на Вооруженные Силы. Поэтому одной из наиболее пострадавших групп населения, подвергнутых воздействию радиации, являются военнослужащие, граждане, призванные на военные сборы, и бывшие военнослужащие, получившие дозу облучения от 10 до 25 сГр при средней продолжительности работы в зоне радиационного воздействия около двух-трех месяцев.

Медицинской службой Вооруженных Сил с первых дней после аварии большое внимание уделялось сохранению здоровья у военнослужащих, принимавших участие в работах по ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС. Уже в декабре 1986 г. начальником Центрального военно-медицинского управления Министерства обороны была подписана директива ДМ-21 «Об организации диспансерного динамического наблюдения за военнослужащими, воздействию ионизирующих излучений в зоне аварии на Чернобыльской АЭС». Основной целью диспансерного наблюдения являлось определение характера выявленных изменений в состоянии здоровья с дифференцированной оценкой роли радиационных и нерадиационных факторов в их развитии, проведение лечебно-профилактических мероприятий, решение вопросов ВВЭ. Директивой предписывалось все вопросы ВВЭ решать после тщательного и всестороннего обследования в условиях окружного или центрального военного госпиталя, клиник Военно-медицинской академии. Одной из основных целей ВВЭ являлось установление связи выявленного заболевания с воздействием ионизирующих излучений.

Всю историю порядка определения причинной связи заболеваний у военнослужащих, граждан, проходивших военную службу, принимавших участие в работах по ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС условно можно разделить на четыре периода.

Первый период включает в себя время от аварии Чернобыльской АЭС до 1990 г., то есть до принятия постановления Совета Министров СССР и Всесоюзного Центрального Совета Профессиональных Союзов от 31 марта 1990 г. № 325 «О мерах по улучшению медицинского обслуживания и социального обеспечения лиц, принимавших участие в работах по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС». Этот период времени характеризовался отсутствием на государственном уровне нормативных правовых документов в отношении вопросов определения причинной связи заболеваний у ликвидаторов из числа военнослужащих и бывших военнослужащих.

При определении ВВК причинной связи выявленного заболевания у ликвидатора во внимание принимался только радиационный фактор, при этом полученная доза облучения должна была составлять 50 рентген и выше. В перечень заболеваний, которые можно было увязывать с ионизирующим облучением входили: острая и хроническая лучевая болезнь, местные лучевые поражения, лучевая катаракта, а также отдаленные последствия воздействия радиации, развившиеся через 5–10 лет после облучения (лейкемия, лейкоз, рак кожи, солитарная аденома щитовидной железы, гипотиреоз). Соматические расстройства, обострения хронических заболеваний у ликвидаторов из числа военнослужащих не ставились ВВК в причинно-следственную связь с ионизирующим облучением.

С принятием постановления Совета Министров СССР и Всесоюзного Центрального Совета Профессиональных Союзов от 31 марта 1990 г. № 325 «О мерах по улучшению медицинского обслуживания и социального обеспечения лиц, принимавших участие в работах по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС» в истории развития определения причинно-следственной связи у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС из числа военнослужащих наступил второй период, который длился до 1995 г. Впервые данным постановлением установление причинной связи заболеваний и инвалидности с выполнением работ по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС было возложено на межведомственные экспертные советы и ВВК. Заключение межведомственных экспертных советов и ВВК стали являться основанием для органов и учреждений здравоохранения, социального обеспечения и профсоюзных организаций при определении состояния трудоспособности и степени ее

утраты у лиц, выполнявших работы по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Кроме того, постановлением устанавливались социальные льготы и компенсации ликвидаторам аварии.

В январе 1991 г. в соответствии с постановлением начальником Центрального военно-медицинского управления Минобороны России была подписана директива ДМ-1 «О медицинском освидетельствовании военнослужащих, принимавших участие в работах по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС», которой руководствовались ВВК при определении причинной связи заболеваний у ликвидаторов из числа военнослужащих. Директивой предлагалось при рассмотрении ВВК вопроса о причинной связи заболевания в обязательном порядке запрашивать и изучать информацию о состоянии здоровья освидетельствуемого до и после участия в работах в пределах 30-километровой зоны, данных о дозах облучения, полученных во время работы, месте и характере выполняемой работы.

Заболевания, которые были вызваны ионизирующим излучением в дозе, превышающей 50 рад, директива предписывала ВВК рассматривать как травму (увечье), полученную при исполнении обязанностей военной службы.

Положительным моментом в директиве было то, что она позволяла устанавливать причинную связь в отношении общесоматических заболеваний, возникших или обострившихся вследствие нелучевых факторов (физическое и психическое перенапряжение, нерациональное питание, длительное ношение респираторов и противогазов). К заболеваниям, которые могли быть связаны с воздействием неблагоприятных факторов чернобыльской аварии, были отнесены: вегетососудистая дистония, хроническая ишемическая болезнь сердца, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, неспецифические воспалительные заболевания бронхолегочного аппарата. Обязательным условием для этих заболеваний был временной фактор, то есть, данные заболевания должны были возникнуть или обостриться в период пребывания освидетельствуемого на Чернобыльской АЭС или спустя один-три месяца после пребывания в зоне аварии.

При установлении причинной связи общесоматических заболеваний, развитие которых не связано с ионизирующим излучением, но обусловле-

но участием в работах по ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, ВВК было рекомендовано выносить заключение в формулировке: «заболевание связано с выполнением работ по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС».

Законом Российской Федерации от 15 мая 1991 г. № 1244-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» определена государственная политика в области социальной поддержки граждан, оказавшихся в зоне влияния неблагоприятных факторов, возникших вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС 26 апреля 1986 г., либо принимавших участие в ликвидации последствий этой катастрофы, социальные гарантии граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС.

Закон регулирует вопросы установления причинной связи заболеваний, инвалидности и смерти лицам, подвергшихся радиационному воздействию вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС.

Статьей 24 данного закона было определено, что под причинной связью развившихся заболеваний и инвалидности лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, понимается связь между наступлением вредных последствий для здоровья указанных лиц и воздействием на них радиационных факторов вследствие чернобыльской катастрофы либо сочетание этих радиационных факторов с иными вредными факторами.

При этом причинная связь между ухудшением состояния здоровья, заболеванием, смертью, частичной либо полной потерей трудоспособности граждан, пострадавших вследствие чернобыльской катастрофы, признавалась установленной независимо дозы облучения или отсутствия данных по облучению, медицинского анамнеза до событий чернобыльской катастрофы, продолжительности периода между окончанием работы или проживания в зоне радиоактивного загрязнения и наступлением вредных последствий, если наступившие вредные последствия могли быть вызваны неблагоприятными факторами, возникшими вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, либо если межведомственными экспертными советами, ВВК, а также другими органами, определенными Правительством Российской Федерации, не подтверждено отсутствие такой связи.

Установление причинной связи развившихся заболеваний и инвалидности с последствиями чернобыльской катастрофы было возложено на межведомственные экспертные советы и военно-врачебные комиссии.

В целях реализации Закона Российской Федерации от 15 мая 1991 г. № 1244-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» в октябре 1992 г. Главным военно-медицинским управлением Минобороны России была издана директива ДМ-10, которой предлагалось устанавливать только в формулировке: «Увечье получено при исполнении обязанностей военной службы в связи с аварией на Чернобыльской АЭС».

Данный порядок определения причинной связи позволял ВВК практически всю патологию, выявленную при медицинском освидетельствовании у ликвидаторов из числа военнослужащих и бывших военнослужащих, увязывать с воздействием последствий аварии на Чернобыльской АЭС.

К третьему периоду истории вопроса определения ВВК причинной связи заболеваний, диагностированных у военнослужащих и бывших военнослужащих, принимавших участие в работах по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, можно отнести время с 1995 г. по 2004 г.

Впервые за всю историю ВВЭ Правительством Российской Федерации 20 апреля 1995 г. № 390 было утверждено Положение о военно-врачебной экспертизе, а приказом Министра обороны РФ от 22 сентября 1995 г. № 315 — Инструкция о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Российской Федерации, которыми определялся порядок организации и производства ВВЭ, в том числе порядок определения причинной связи заболеваний, увечий с прохождением военной службы. Так, в главе 7 Положения о военно-врачебной экспертизе была предусмотрено заключение о причинной связи в формулировке: «заболевание получено при исполнении обязанностей военной службы в связи аварией на Чернобыльской АЭС», а в Инструкции о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Российской Федерации излагались условия, при которых применялась данная формулировка.

Кроме того, в Инструкции о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Российской Федерации был приведен перечень заболеваний, которые могли быть поставлены в связь с радиационным воздействием, и формулировка заключения о причинной связи: «заболевание (радиационно обусловленное) получено при исполнении обязанностей военной службы в связи аварией на Чернобыльской АЭС», применявшаяся в отношении этих заболеваний.

Одной из основных задач ВВК является определение связи возникновения или обострения (рецидива) имеющегося у проходящего медицинское освидетельствование лица заболевания с воздействием радиационного и нерадиационных (неблагоприятных) факторов аварии.

В случае если у военнослужащего, принимавшего участие в работах по ликвидации последствий чернобыльской катастрофы в 1986–1987 гг., ВВК было установлено наличие связи заболевания с воздействием радиационного фактора, то в соответствии с Положением о военно-врачебной экспертизе должно было выноситься заключение о причинной связи в формулировке: «заболевание радиационно обусловленное, получено при исполнении обязанностей военной службы в связи аварией на Чернобыльской АЭС». Заболевания, в отношении которых предусматривалась связь с радиационным воздействием, были приведены в Инструкции о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Российской Федерации.

Если при медицинском освидетельствовании военнослужащего (бывшего военнослужащего), принимавшего участие в работах по ликвидации последствий чернобыльской катастрофы, ВВК было установлено наличие связи заболевания с воздействием неблагоприятных факторов чернобыльской катастрофы, то в соответствии с Положением о военно-врачебной экспертизе должно было выноситься заключение о причинной связи в формулировке: «заболевание получено при исполнении обязанностей военной службы в связи аварией на Чернобыльской АЭС».

Заболевания, в отношении которых предусматривалась связь с воздействием комплекса неблагоприятных факторов, с указанием временного интервала в течение которого они должны проявляться, также приводились в Инструкции о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Российской Федерации.

Таким образом, определение связи заболеваний с вредными факторами аварии на Чернобыльской АЭС ВВК осуществлялось индивидуально с учетом времени пребывания освидетельствуемого на Чернобыльской АЭС, характера выполняемых работ, показателей состояния здоровья до и после участия в работах; дозовой зависимости вероятности развития диагностированного заболевания.

Четвертый период истории определения ВВК причинной связи заболеваний, диагностированных у военнослужащих и бывших военнослужащих, принимавших участие в работах по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, начался с января 2005 г., когда вступил в действие Федеральный закон от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, внесший изменения в статью 24 Закона Российской Федерации от 15 мая 1991 г. № 1244-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС».

В соответствии с внесенными изменениями вредным фактором в развитии заболеваний и инвалидности у лиц, пострадавших последствий аварии на Чернобыльской АЭС, считается только радиационный. В связи с этим постановлением Правительства Российской Федерации от 4 ноября 2004 г. № 592 был утвержден перечень заболеваний, возникновение или обострение которых обусловлено воздействием радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, аварии в 1957 г. на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча [48]. В перечень включены следующие заболевания: острая и хроническая лучевая болезнь, лучевая катаракта, лучевой гипотиреоз, местное лучевое поражение (лучевые ожоги), апластическая анемия, новообразования.

Соответствующие изменения были внесены и в нормативные правовые документы по ВВЭ. Так, в настоящее время ВВК при определении причинной связи у ликвидаторов из числа военнослужащих и бывших военнослужащих руководствуются вышеуказанным перечнем. Установленные нормы не позволяют выносить заключения о связи иных заболеваний ликвидаторов из числа военнослужащих и бывших военнослужащих с работами по ликвидации последствий чернобыльской катастрофы.

Прежде чем перейти к рассмотрению, конкретных вопросов, по причинной связи заболеваний по последствиям катастрофы на Чернобыль-

ской АЭС, напомним некоторые теоретические положения этой проблемы.

Специфика радиационного воздействия чернобыльской катастрофы состояла в том, что люди, попавшие в зону ее влияния, могли подвергнуться:

- внешнему облучению от объемного источника — радиоактивное облако;

- внешнему облучению от «плоского» источника — выпадение различных радионуклидов на поверхность почвы (с или без травяного покрова), зданий, сооружений и т.п.;

- внутреннему облучению инкорпорированными радионуклидами (за счет вдыхания радиоактивных газов и аэрозольных частиц или за счет питания продуктами, содержащими радионуклиды).

По радионуклидному составу выброшенная из 4-го блока атомной электростанции активность была гораздо сложнее, чем состав продуктов взрыва атомной бомбы. В состав этой активности входили «долгоживущие» и «короткоживущие» осколки деления и продукты активации конструкций, накопившиеся в активной зоне за более чем двухлетнюю эксплуатацию энергоблока.

Ионизирующая радиация при воздействии на организм человека может вызвать два основных эффекта:

- детерминированные или нестохастические пороговые эффекты;

- стохастические или вероятностные беспороговые эффекты.

Сомато-нестохастические проявления зависят от индивидуальной дозы облучения и имеют пороговый характер, т.е. они неизбежно возникают при достижении определенной величины дозы облучения. К ним относятся острая или хроническая лучевая болезнь, местные проявления радиационного воздействия, лучевая катаракта, гипоплазия щитовидной железы, солидные раки.

Пороговой дозой для развития острой лучевой болезни у человека считается 1 Гр. Хроническая лучевая болезнь возникает при длительном облучении в дозе 1,5 Гр и выше. Минимальной дозой, вызывающей нарушение функций щитовидной железы у взрослых, является 4 Гр.

Облучение человека в дозе менее 1 Гр не сопровождается развитием полного симптомокомплекса, характерного для лучевой болезни. В то же

время облучение в дозе до 0,01 Гр может рассматриваться как дополнительное облучение в естественный мутационный фон. Воздействие в пределах 0,7 Гр в течение всей жизни не оказывает влияния на такие показатели, как продолжительность жизни, рождаемость, частота наследственных заболеваний. Доза внешнего гамма-излучения в 0,5–1 Гр может вызвать не резко выраженные преходящие признаки вегетативной дисфункции, сосудистой дистонии, астенизации, умеренную нейтропению, лимфоцитопению и тромбоцитопению в первые 1–2 нед. и 1,5 мес. после облучения.

Вышеизложенная характеристика изменений в организме человека при воздействии таких уровней облучения возможна только при внешнем равномерном гамма-облучении. Другие виды радиационного воздействия, в частности сочетанное облучение инкорпорированными радионуклидами, может привести к поражению критических органов: эндокринная дисфункция — при поглощении радиоактивного йода; гепатопатия — при инкорпорировании плутония; гематологические сдвиги — при накоплении радиоактивных стронция и цезия.

Стохастические эффекты относятся к поздним отдаленным последствиям облучения, и вероятность их развития рассматривают как беспороговую функцию дозы облучения. Они могут вызывать злокачественные опухоли, лейкозы, наследственные заболевания.

В основе стохастических проявлений как новообразований, так и генетических дефектов лежат вызванные облучением мутации клеточных структур, при этом мутации вне половых соматических клеток разных тканей могут привести к развитию новообразований, а в половых клетках (яичников и семенников) — к ранней гибели эмбрионов, наследственным заболеваниям у новорожденных.

При рассмотрении вопроса о соматостохастических эффектах облучения исходят из двух концепций о зависимости их развития от дозы облучения. Согласно одной, не существует пороговой дозы, за которой следует развитие радиационных последствий, в частности опухолей. Любая самая малая доза способна увеличить риск заболевания раком человека, получившего эту дозу, и всякая дополнительная доза облучения еще более повышает этот риск. Вторая точка зрения — о четкой пороговой зависимости развития последствий: вероятность или риск развития заболеваний

пропорционален дозе облучения, при ее удвоении он удваивается, при утроении — утраивается.

Детерминированная патология у военнослужащих и бывших военных служащих, принимавших участие в работах по ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, в настоящее время практически не встречается за исключением опухолей щитовидной железы.

Стохастические эффекты, согласно общепринятой концепции, могут быть вызваны любой, сколь угодно малой дозой радиации, возникают спустя длительное время после облучения, их клиническая картина неотличима от спонтанных раков, тяжесть течения не зависит от дозы облучения еще более повышает этот риск. Вторая точка зрения о четкой по роговой зависимости развития последствий: вероятность или риск рем вития заболеваний пропорционален дозе облучения, при ее удвоении он удваивается, при утроении — утраивается.

Практически у любого человека может возникнуть рак, но вероятность того, что данное заболевание вызвано облучением, а не другими причинами прямо пропорциональна дозе. Установление причинной связи рака с облучением должно базироваться на совпадении латентного периода с установленным в эпидемиологических наблюдениях сроком: для лейкозов — не менее 2 лет, для других форм рака — более 5 лет. Максимальный латентный период может составлять до 40 лет и более после облучения.

Военнослужащие, принимавшие участие в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, как правило, подвергались облучению в течение короткого срока, который составлял не более 2 мес. При этом ликвидаторы, работавшие в мае-июне 1986 г., могли подвергаться воздействию короткоживущих нуклидов (в том числе ^{131}I), воздействие которых на верхние дыхательные пути и желудочно-кишечный тракт может приводить к развитию опухолей щитовидной железы, бронхов, желудочно-кишечного тракта и мочевых путей.

Ликвидаторы из числа военнослужащих, работавших на Чернобыльской АЭС после июня 1987 г., могли получить дозы, которые повышают риск заболеваний опухолями щитовидной железы, печени, поджелудочной железы, гемобластомами.

Таким образом, характер радиационной патологии, в том числе и отдаленные ее последствия, определяется в основном величиной поглощенной дозы: чем меньше доза, тем менее выражена необратимая часть лучевого повреждения, а, следовательно, с уменьшением дозы облучения уменьшается выраженность нестохастических соматических проявлений облучения в отдаленном периоде. Исходя из этой радиобиологической закономерности, можно утверждать, что у подвергшихся воздействию малых доз излучения в периоде отдаленных последствий возможны лишь те заболевания, которые характерны для периода отдаленных последствий облученных большими дозами, при этом выраженность их будет несравнимо меньшей.

Особое внимание следует обратить на анализ времени возникновения и динамики обнаруживаемых заболеваний. Общеизвестно положение радиобиологии, что при остром или относительно кратковременном радиационном воздействии (что характерно для большинства ликвидаторов) после прекращения контакта с источниками излучения уменьшаются процессы радиационных повреждений — стихают клинические проявления, свойственные периодам восстановления и отдаленных последствий. При длительном (месяцами, годами) воздействии малых уровней радиации могут накапливаться повреждения в отдельных органах и проявляться определенными нозологическими формами в виде «эквивалентов хронической лучевой болезни» (снижение плацдарма костномозгового кроветворения, тромбоцитопатии, субатрофические изменения слизистых оболочек желудка и кишечника).

Таким образом, при рассмотрении вопроса о причинной связи заболеваний военнослужащих с исполнением обязанностей военной службы в условиях радиационного воздействия ВВК следует установить следующие два основных обстоятельства:

- исполнение обязанностей военной службы по ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных катастроф, службы в подразделениях особого риска;
- возникновение заболевания, предусмотренного Перечнем заболеваний, связанных с радиационным воздействием [48].

Вместе с тем, в практике ВВЭ возникают случаи, когда связь заболеваний, не входящих в Перечень [48], с радиационным воздействием установлена Межведомственными экспертными советами (МЭС).

При этом формулировка заключения МЭС отличается от формулировок, определенных подпунктами «в» и «г» пункта 94 Положения о военно-врачебной экспертизе [7].

В соответствии с положением о межведомственных экспертных советах [49] задачами советов является установление причинной связи заболеваний, инвалидности и смерти с воздействием радиационных факторов, что обуславливает вынесение положительного заключения в формулировке «заболевание (инвалидность, смерть) связано с воздействием радиационных факторов».

Такое заключение не позволяет гражданам, в отношении которых оно вынесено, получить льготы, установленные законодательством о социальной защите граждан, участвовавших в ликвидации радиационных катастроф [50].

Указанное обстоятельство вынуждает граждан, исполнявших служебные обязанности в условиях радиационного воздействия, обращаться с заявлениями в ВВК для определения причинной связи заболевания с исполнением обязанностей военной службы в условиях радиационного воздействия вследствие техногенных катастроф.

Глава 4. Деятельность военно-врачебной комиссии по проверке обоснованности, пересмотру заключений в связи с вновь открывшимися обстоятельствами, организации контрольного медицинского обследования и повторного медицинского освидетельствования

В отношении ВВЭ, как и иных видов медицинской деятельности, законодательно [1] определен контроль качества и безопасности.

Государственный контроль качества осуществляется в основном в части касающейся организации и проведения медицинского обследования.

В части, касающейся медицинского освидетельствования контрольные функции возложены Положением о военно-врачебной экспертизе [7], нормативными правовыми актами федеральных органов, в которых предусмотрена военная служба, на ВВК медицинских организаций, основным видом деятельности которых является ВВЭ, в рамках ведомственного контроля качества и безопасности ВВЭ.

В Министерстве обороны Российской Федерации упомянутые функции возложены на ГЦ ВВЭ МО РФ, его филиалы и отделы филиалов.

Контрольная деятельность осуществляется планоно и внепланово.

Плановый контроль качества ВВЭ проводится в виде текущего контроля, проведения плановых проверок организации ВВЭ в ВВК военно-медицинских организаций, ВВК воинских частей, военных комиссариатов, военных учебных заведений.

Текущий контроль организован в форме рассмотрения наиболее значимых в социальном отношении экспертных заключений с целью оценки их обоснованности и принятия решения об утверждении или не утверждении заключения.

Ежегодно порядка 10 % всех выносимых заключений ВВК, созданных в ВС РФ, направляются на рассмотрение обоснованности их вынесения в ЦВВК и ВВК ГЦ ВВЭ МО РФ.

Остальные 90 % заключений выборочно изучаются специалистами ГЦ ВВЭ МО РФ при проведении выездных плановых и внеплановых (на основании жалоб граждан, предписаний прокуратуры, Росздравнадзора, по распоряжению вышестоящего руководства) проверок.

Поступающие на рассмотрение в ГЦ ВВЭ МО РФ экспертные и медицинские документы изучаются членами ЦВВК ГЦ ВВЭ МО РФ и ВВК филиалов, отделов филиалов ГЦ ВВЭ МО РФ. На заседании ЦВВК (ВВК) ГЦ ВВЭ МО РФ открытым голосованием простым большинством голосов принимается решение об утверждении заключения подчиненной ВВК или о его отмене.

В соответствии с Положением о военно-врачебной экспертизе [7] не утверждение заключения предусматривает его отмену и организацию контрольного медицинского обследования и повторного медицинского освидетельствования.

При рассмотрении поступающих экспертных заключений о годности к военной службе, службе по специальности в соответствии с занимаемой должностью вышестоящая ВВК изучает следующие вопросы:

- соблюдение порядка направления военнослужащего на медицинское освидетельствование;
- полнота проведенного медицинского обследования, его соответствие нормативным правовым документам по ВВЭ;
- полнота изучения медицинских и служебных документов и обоснованность выводов о способности освидетельствуемого исполнять обязанности по занимаемой должности в полном объеме;
- правильность определения врачебно-экспертного исхода;
- обоснованность диагноза;
- правильность оценки степени функциональных нарушений;
- соответствие установленного клинико-экспертного диагноза заключению ВВК о категории годности к военной службе, к службе по специальности в соответствии с занимаемой должностью;
- полнота, объективность и правильность изучения служебных документов в целях вынесения заключения о причинной связи заболеваний, увечий и травм с военной службой.

В случае, если по одному из вышеперечисленных критериев (за исключением заключения ВВК о причинной связи) заключение ВВК признается не обоснованным, ЦВВК (ВВК) ГЦ ВВЭ МО РФ выносит решение о не утверждении заключения и организации контрольного медицинского обследования и повторного медицинского освидетельствования.

Контрольное обследование, как правило, не проводится, если отменное заключение ВВК утратило свою актуальность. Например, в отношении отмененных необоснованных заключений о годности к поступлению в военные учебные заведения, годности к прохождению военной службы в иностранном государстве.

Контрольное медицинское обследование и повторное медицинское освидетельствование может быть организовано как в той же военно-медицинской организации, заключение ВВК которой не утверждено, так и в любой иной, в том числе вышестоящей организации.

При организации контрольного обследования в той же организации к обследованию обязательно привлекаются и включаются в состав ВВК ведущие (главные) специалисты медицинской организации.

При не обоснованном заключении о причинной связи увечий, заболеваний контрольное медицинское обследование и повторное медицинское освидетельствование не проводится. Вышестоящая ВВК выносит верное заключение о причинной связи с отменой не обоснованного.

В таком случае в заключении об утверждении заключения ВВК делается отметка об отмене заключения о причинной связи и вынесении нового заключения, оформленного на отдельном бланке.

Доля не утвержденных заключений ВВК от общего количества направленных на утверждение, количество и результаты контрольных медицинских обследований и повторных медицинских освидетельствований являются наиболее объективными и важными показателями качества организации ВВЭ в военно-лечебной организации.

В среднем ежегодно порядка 5–7 % поступающих на рассмотрение экспертных заключений не утверждается. В около 3 % (почти каждое второе не утвержденное заключение) случаях контрольное медицинское обследование и повторное медицинское освидетельствование организуется в вышестоящих военно-лечебных организациях. В 50–80 % случаев направления военнотружущих на контрольное медицинское обследование и повторное медицинское освидетельствование первоначальный диагноз и заключение о категории годности к военной службе не подтверждались.

По каждому случаю не подтвержденного при контрольном медицинском освидетельствовании экспертного заключения в военно-лечебной ор-

ганизации, вынесшей ошибочное заключение, организуется разбирательство.

Таким образом, заочное медицинское освидетельствование в рамках осуществления контрольных функций требует от врача вышестоящей ВВК знаний клинических рекомендаций при основных нозологиях, умения анализировать медицинскую и служебную документацию, знании организации медицинской помощи в различных военно-медицинских организациях для проведения наиболее качественного контрольного обследования.

Наряду с текущим контролем (утверждением или неутверждением) и плановыми проверками деятельности ВВК контрольное медицинское обследование и повторное медицинское освидетельствование может быть организовано при выявлении нарушений порядка ВВЭ на основании жалоб освидетельствуемых, предписаний органов прокуратуры, по решению суда.

Заключение ВВК о годности гражданина к военной службе действительно в течение одного г. с даты освидетельствования.

Если освидетельствуемый не согласен с вынесенным в отношении него заключением, то вышестоящая ВВК может принять решение об отмене этого заключения и организации контрольного медицинского обследования и повторного медицинского освидетельствования. Основанием для такого решения являются обоснованные медицинскими и иными документами факты в заявлении гражданина.

Таковыми документами могут быть заключения ВВК по результатам независимой ВВЭ [54], выписки из лечебных организаций с результатами исследований, позволяющих усомниться в достоверности установленного при первоначальной ВВЭ диагноза.

За исключением заключения независимой ВВЭ, решений судов, постановлений (предписаний) органов прокуратуры иные факты и обстоятельства подлежат рассмотрению вышестоящей ВВК и сами по себе не являются безусловной причиной отмены оспариваемого заключения ВВК и организации контрольного медицинского обследования и повторного медицинского освидетельствования.

Глава 5. Медицинское освидетельствование в целях определения категории годности граждан, уволенных с военной службы, на момент увольнения с военной службы

Военнослужащий может быть уволен с военной службы по различным основаниям, определенным статьей 51 федерального закона «О воинской обязанности и военной службе» [2], среди которых истечение срока военной службы, срока контракта о прохождении военной службы, «дискредитирующие» основания (осуществление предпринимательской деятельности, утрата доверия, осуждение и др.), получение гражданства иностранного государства, ухудшение состояния здоровья и другие основания.

Заключение ВВК о категории годности к военной службе является ключевым основанием для увольнения военнослужащего с военной службы по состоянию здоровья, а заключение ВВК о годности к службе по отдельным специальностям — для увольнения с военной службы по организационно штатным мероприятиям.

Граждане при календарной выслуге в 20 лет (и члены их семей), уволенные с военной службы по состоянию здоровья, по достижении предельного возраста пребывания на военной службе или в связи с организационно-штатными мероприятиями приравнены по своим правам и социальным гарантиям по оказанию им медицинской помощи к военнослужащим [3]. При иных основаниях увольнения для сохранения права на бесплатную медицинскую помощь календарная выслуга лет должна составлять 25 лет и более.

Военнослужащим — гражданам, заключившим контракт о прохождении военной службы до 1 января 1998 г. (за исключением курсантов военных профессиональных образовательных организаций и военных образовательных организаций высшего образования), и совместно проживающим с ними членам их семей, признанным нуждающимися в жилых помещениях, федеральным органом исполнительной власти или федеральным государственным органом, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба, предоставляются жилищная субсидия либо жилые помещения, находящиеся в федеральной собственности, по вы-

бору указанных граждан в собственность бесплатно или по договору социального найма с указанным федеральным органом исполнительной власти или федеральным государственным органом по месту военной службы, а при увольнении с военной службы по достижении ими предельного возраста пребывания на военной службе, по состоянию здоровья или в связи с организационно-штатными мероприятиями при общей продолжительности военной службы 10 лет и более — по избранному месту жительства.

Законодательством в сфере охраны здоровья граждан [1] предусмотрено право (но не обязанность) военнослужащих к прохождению ВВЭ в целях определения годности к военной службе для реализации права на досрочное увольнение с военной службы по состоянию здоровья.

Исходя из изложенного, при наличии иных, за исключением состояния здоровья, оснований увольнение военнослужащих может осуществляться и без заключения ВВК о категории годности к военной службе.

Вместе с тем, положением о порядке прохождения военной службы [55] определено право гражданина, уволенного с военной службы на выбор основания для увольнения с военной службы.

Граждане пользуются этим правом в силу различных причин. Это заинтересованность в скорейшем увольнении с военной службы в связи с достаточной выслугой и устройством на хорошую работу, перевод на государственную службу, где заключение об ограниченной годности или негодности к военной службе может послужить препятствием к устройству на службу, а также иные обстоятельства.

Вместе с тем, после увольнения с военной службы у граждан могут быть диагностированы хронические заболевания, характер течения которых указывает на их возникновение до момента увольнения с военной службы и которые могут явиться основанием для признания гражданина ограниченно годным или не годным к военной службе на момент увольнения. При возникновении права гражданина, уволенного с военной службы, на изменение основания увольнения с военной службы на увольнение «по состоянию здоровья» он может обратиться в военный комиссариат (для граждан, уволенных с военной службы других органов исполнительной власти и госорганов — в кадровое подразделение по месту службы) для изменения формулировки основания увольнения.

Исключения, когда гражданин не имеет права выбора основания для увольнения с военной службы, составляют «дискредитирующие» основания [55]:

- в связи с лишением его воинского звания;
- в связи с утратой доверия к военнослужащему со стороны должностного лица, имеющего право принимать решение о его увольнении;
- в связи с утратой доверия к военнослужащему, являющемуся командиром (начальником), со стороны должностного лица, имеющего право принимать решение о его увольнении, также в случае непринятия военнослужащим, являющимся командиром (начальником), которому стало известно о возникновении у подчиненного ему военнослужащего личной заинтересованности, которая приводит или может привести к конфликту интересов, мер по предотвращению и (или) урегулированию конфликта интересов;
- в связи с вступлением в законную силу приговора суда о назначении военнослужащему наказания в виде лишения свободы или условно;
- в связи с невыполнением со стороны военнослужащего условий контракта;
- в связи с отказом в допуске к государственной тайне или лишением указанного допуска;
- как не выдержавший испытание;
- в связи с нарушением запретов, ограничений и обязанностей, связанных с прохождением военной службы, предусмотренных законодательством о статусе военнослужащих [3].

В этой связи в целях реализации права гражданина, уволенного с военной службы, на выбор основания для увольнения с военной службы начиная с первого положения о военно-врачебной экспертизе [56] одной из целей ВВЭ является проведение медицинского освидетельствования для определения категории годности к военной службе на момент увольнения с военной службы.

Порядок проведения такого освидетельствования определялся вплоть до 2014 г. приказами руководителей ведомств, в которых законодательно установлена военная служба. Алгоритм определения категории

годности гражданина, уволенного с военной службы, на момент увольнения с военной службы включал в себя следующие этапы:

- медицинское обследование и медицинское освидетельствование для определения категории годности к военной службе на момент проведения экспертизы;

- запрос и изучение медицинских и служебных документов за период прохождения гражданином военной службы;

- исследование по документам состояния здоровья военнослужащего при его увольнении с военной службы, сопоставление данных, полученных при исследовании документов за период военной службы и результатов медицинского обследования и медицинского освидетельствования на момент проведения экспертизы и формулирование диагноза имеющихся на момент увольнения заболеваний, увечий;

- вынесение в соответствии с клинико-экспертным диагнозом на момент увольнения с военной службы заключения о категории годности к военной службе на основании расписания болезней, действовавшего на момент увольнения военнослужащего с военной службы.

При этом, заключение о причинной связи заболеваний ВВК выносит на основании действующего на момент проведения экспертизы положения [7].

Разложив на отдельные составляющие процесс ВВЭ в целях определения категории годности гражданина, уволенного с военной службы, на момент увольнения с военной службы, можно прийти к выводу, что сам процесс принятия решения о формулировке клинико-экспертного диагноза и заключения о категории годности ретроспективно (на момент увольнения) представляет собой процесс анализа документов, характеризующих состояние здоровья гражданина в период военной службы и после увольнения с военной службы, то есть заочный процесс.

На практике при наличии исчерпывающих достоверных медицинских документов на момент обращения гражданина с целью определения годности к военной службе на момент увольнения с военной службы ВВК имеет достаточно оснований для вынесения заключения. Но запрет в предыдущих положениях о военно-врачебной экспертизе (до 2014 г.) заочного медицинского освидетельствования в целях определения категории годности к военной службе обязывал в рамках ВВЭ проводить обсле-

дование на момент проведения экспертизы. Единственными целями проведения очной ВВЭ гражданина, уволенного с военной службы, являются учетные цели: перевод из запаса в отставку.

Механизм обязательного медицинского освидетельствования в учетных целях перед вынесением заключения о категории годности к военной службе на момент увольнения с военной службы сохранился в таможенных органах, ФСБ России.

Пунктом 74 современного Положения о военно-врачебной экспертизе [7] закреплено заочное медицинское освидетельствование для определения категории годности к военной службе на момент увольнения с военной службой. Нормы положения позволяют на современном этапе развития ВВЭ не направлять гражданина на медицинское обследование, а проводить ВВЭ исключительно по документам, и в то же время не ограничивают ВВК в праве направить гражданина на медицинское обследование в случаях, когда документальных сведений о состоянии его здоровья недостаточно или они отсутствуют.

Глава 6. Медицинское освидетельствование военнослужащих в целях определения степени тяжести увечья

Военная служба — особый вид федеральной государственной службы, исполняемой гражданами, не имеющими гражданства (подданства) иностранного государства, в ВС РФ и в войсках национальной гвардии Российской Федерации, в спасательных воинских формированиях федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на решение задач в области гражданской обороны, Службе внешней разведки Российской Федерации, органах федеральной службы безопасности, органах государственной охраны, органах военной прокуратуры, военных следственных органах Следственного комитета Российской Федерации и федеральном органе обеспечения мобилизационной подготовки органов государственной власти Российской Федерации, воинских подразделениях федеральной противопожарной службы и создаваемых на военное время специальных формированиях, а гражданами, имеющими гражданство (подданство) иностранного государства, и иностранцами — в ВС РФ и воинских формированиях [2].

Военная служба характеризуется конституционно значимой деятельностью, непосредственно связанной с риском для жизни и здоровья в целях обеспечения обороны страны и безопасности государства и, следовательно, осуществляемой в государственных и публичных интересах.

Такие характеристики военной службы в интересах государства и граждан Российской Федерации явились основанием для установления законодательством обязательного страхования жизни и здоровья военнослужащих [57].

Обязательное страхование жизни и здоровья военнослужащих осуществляется в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих» [4].

Статьей 4 указанного закона определены следующие страховые случаи:

– гибель (смерть) застрахованного лица в период прохождения военной службы, службы, военных сборов;

– смерть застрахованного лица до истечения одного г. после увольнения с военной службы, со службы, после отчисления с военных сборов или окончания военных сборов вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) (далее — увечья) или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, службы, военных сборов;

– установление застрахованному лицу инвалидности в период прохождения военной службы, службы, военных сборов;

– установление застрахованному лицу инвалидности до истечения одного г. после увольнения с военной службы, со службы, после отчисления с военных сборов или окончания военных сборов вследствие увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, службы, военных сборов;

– получение застрахованным лицом в период прохождения военной службы, службы, военных сборов увечья;

– увольнение военнослужащего, проходящего военную службу по призыву, с военной службы, отчисление гражданина, призванного на военные сборы на воинскую должность, для которой штатом воинской части предусмотрено воинское звание до старшины (главного корабельного старшины) включительно, с военных сборов в связи с признанием их военно-врачебной комиссией не годными к военной службе или ограниченно годными к военной службе вследствие увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, военных сборов.

Порядок реализации законодательства об обязательном страховании жизни и здоровья военнослужащих определен Правительством Российской Федерации [6].

При получении военнослужащим в период прохождения военной службы увечья военнослужащий имеет право на получение страховой выплаты, размер которой зависит от степени тяжести увечья [4], установленной на основании заключения ВВК.

ВВК определяют степень тяжести увечья в соответствии с Перечнем увечий (ранений, травм, контузий), относящихся к тяжелым или легким, при наличии которых принимается решение о наступлении страхового случая по обязательному государственному страхованию жизни и здоровья военнослужащих [6] (далее — Перечень увечий).

Медицинское освидетельствование в целях определения степени тяжести увечий военнослужащих проводится ВВК военно-лечебных организаций и ЦВВК (ВВК) ГЦ ВВЭ МО РФ.

Существенным отличием в трудовых функциях врачей ВВК военно-лечебных и «врачебно-экспертных» организаций состоит в том, ЦВВК (ВВК) ГЦ ВВЭ МО РФ осуществляют деятельность по контролю обоснованности вынесенных нижестоящими ВВК заключений о степени тяжести увечий и по проведению медицинского освидетельствования в указанных целях заочно (по документам) [58].

Соответственно вынесенные заочно (по документам) заключения о степени тяжести увечий подлежат оформлению протоколом заседания ВВК по заочному медицинскому освидетельствованию [59].

Медицинское освидетельствование военнослужащих, находящихся на лечении в военно-медицинской организации, как и в случаях определения категории годности военной службе, проводится при определившемся врачебно-экспертном исходе.

При этом, для медицинского освидетельствования в целях определения степени тяжести увечья определившимся врачебно-экспертным исходом следует считать такое состояние здоровья военнослужащего после получения им увечья, которое по выраженности анатомических посттравматических изменений и, в отдельных случаях, степени функциональных нарушений дает ВВК основание для отнесения увечья к легкому или тяжелому.

В этой связи освидетельствование находящихся на лечении в военно-медицинской организации военнослужащих, получивших увечье, относящееся в соответствии с Перечнем увечий [6] к тяжелым, проводится после установления клинико-экспертного диагноза.

В части касающейся применения Перечня увечий клинико-экспертным диагнозом является наиболее соответствующая Перечню увечий формулировка клинического диагноза с отражением изменений (например, степени смещения отломков при переломах костей) и функциональных нарушений (в установленных Перечнем увечий случаях, когда степень тяжести определяется наличием незначительного, умеренного или значительного нарушения функции).

Для увечий, относящихся к легким, освидетельствование военнослужащих проводится после окончания основного курса лечения.

Освидетельствование военнослужащих, граждан, проходящих военные сборы, в целях определения степени тяжести увечья, находящихся на лечении в военно-медицинских организациях, проводится по распоряжению начальника военно-медицинской организации.

Освидетельствование военнослужащих, находившихся на лечении по поводу увечья в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, военнослужащих, находящихся в длительной служебной командировке или проходящих военную службу за границей, военнослужащих, уволенных с военной службы, получивших увечье в период прохождения военной службы проводится ЦВВК (ВВК) ГЦ ВВЭ МО РФ по личному заявлению гражданина. В перечисленных случаях, медицинское освидетельствование может быть проведено заочно (по медицинским и иным документам, подтверждающим факт, обстоятельства и диагноз травмы).

В отношении военнослужащих, находившихся на лечении за границей по поводу увечья, ВВК принимает оформленный установленным порядком перевод медицинских документов.

В соответствии с Перечнем увечий к легким увечьям относятся увечья, вызывающие незначительные анатомические и функциональные нарушения, приводящие к временной потере способности исполнять обязанности военной службы на срок не менее 7 суток.

На практике часто встречаются случаи несвоевременной, неправильной диагностики травм, приводящие к отсутствию документально подтвержденных трудопотерь.

Например, постановка диагноза «ушиб тыла кисти», который впоследствии по результатам КТ оказывается консолидированным переломом пятой пястной кости без смещения костных отломков.

Как правило в подобных случаях военнослужащий не получает освобождения от исполнения обязанностей военной службы. При оформлении справки военно-врачебной комиссии о тяжести увечья (ранения, травмы, контузии), полученного застрахованным лицом [58] (далее — справка о тяжести увечья) в качестве срока нахождения на лечении указывается дата обращения за медицинской помощью по поводу «ушиба тыла

кисти» и дальнейшее лечение (если таковое проводилось) после диагностики перелома.

Подобный подход при проведении медицинского освидетельствования в целях определения степени тяжести увечья применим и в отношении военнослужащих, получивших увечье при нахождении в служебной командировке, за границей, при выполнении отдельных задач, когда возможности оформления временной негодности к военной службе ограничены.

Таким образом, 7-дневный срок потери способности исполнять обязанности военной службы является общей характеристикой увечий, относящихся к легким. Продолжение несения службы без нахождения на лечении (без оформления листка нетрудоспособности, справки об освобождении) после получения входящей в Перечень увечий легкой травмы не является самостоятельным основанием для принятия решения об отказе в установлении степени тяжести увечья в формулировке «увечье легкое».

Выводы судов при рассмотрении подобных случаев основываются на соответствии диагноза Перечню увечий и срокам временной нетрудоспособности согласно методическим рекомендациям для руководителей лечебно-профилактических учреждений и лечащих врачей, специалистов-врачей исполнительных органов Фонда социального страхования Российской Федерации «Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10)», утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации и Фондом социального страхования Российской Федерации от 21 августа 2000 г. № 2510/9362-34, 02-08/10-1977П.

Вместе с тем, полагаем необходимым обратить внимание ВВК на необходимость подтверждения факта и обстоятельств получения военнослужащим увечья. Выявление посттравматических изменений неизвестной давности при отсутствии достоверных документов об обстоятельствах получения увечья (справка о травме [24], материалы расследования), о первичном обращении непосредственно по поводу увечья, не является основанием для оформления справки о тяжести увечья, даже при наличии сведений о лечении более 7 суток по поводу застарелых посттравматических изменений.

6.1. Порядок оформления заключений военно-врачебных комиссий о степени тяжести увечий

При вынесении заключения о степени тяжести увечья заседание ВВК оформляется протоколом заседания ВВК по очному медицинскому освидетельствованию или при проведении документарной экспертизы — протоколом заочного медицинского освидетельствования [59].

В случае, если увечье в соответствии с Перечнем увечий относится к легким или тяжелым, заключение ВВК оформляется справкой о тяжести увечья [58].

Основными этапами работы ВВК при медицинском освидетельствовании в целях определения степени тяжести увечья являются сбор анамнеза (факта, обстоятельств, механизма получения увечья, информации о лечении и его эффективности), оценка обоснованности клинического диагноза увечья, установление клинико-экспертного диагноза, соответствующего формулировкам, определенным Перечнем увечий, вынесение заключения с оформлением справки о тяжести увечья.

В этой связи, в протоколе заседания ВВК и в справке о тяжести увечья диагноз увечья устанавливается только в части, соответствующей Перечню увечий.

При наличии сочетанных увечий различной степени тяжести указываются все увечья, входящие в Перечень увечий. На первом месте указываются увечья, относящиеся в соответствии с Перечнем увечий к тяжелым.

Сопутствующие заболевания, операции и иные лечебные и диагностические мероприятия, степень нарушения функции (за исключением случаев, предусмотренных Перечнем увечий, когда степень нарушения функции является критерием отнесения увечий к легким или тяжелым) не указываются.

Непосредственно после диагноза увечья в протоколе заседания ВВК выносится формулировка заключения о причинной связи увечья.

Заключение ВВК о причинной связи увечья в справке о тяжести увечья не указывается.

Заключение ВВК о степени тяжести увечья выносится в следующих формулировках:

– «в соответствии с Перечнем увечий, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. № 855, увечье ЛЕГКОЕ»;

«в соответствии с Перечнем увечий, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. № 855, увечье ТЯЖЕЛОЕ»;

– «увечье в Перечень увечий, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. № 855, НЕ ВХОДИТ» (справка о тяжести увечья в таком случае не оформляется).

При оформлении справки о тяжести увечья необходимо руководствоваться следующими правилами:

– справка о тяжести увечья составляется только в отношении увечий, которые определены указанным выше перечнем увечий;

– в случае получения застрахованным лицом комбинированного или сочетанного увечья, степень тяжести определяется по наиболее тяжелому повреждению;

– медицинское освидетельствование в целях определения тяжести увечья проводится перед окончанием лечения;

– медицинское освидетельствование застрахованных лиц, получивших тяжелые увечья, требующие длительного (более двух месяцев) лечения, проводится после установления окончательного диагноза до окончания полного курса лечения;

– в справке о тяжести увечья указываются окончательный диагноз увечья, а также в установленных случаях состояние функции поврежденных органов или систем органов. Состояние функции определяется ВВК по завершении основного курса лечения.

Следование данным правилам позволит исключить случаи необоснованной выдачи указанной справки.

6.2. Применение перечня увечий при отдельных травмах

Среди основных причин экспертных ошибок при определении тяжести увечий (неверный диагноз или неправильное применение Перечня увечий) наибольшее их количество допущено ВВК при следующих увечьях:

- закрытые травмы коленных суставов с гемартрозом, синовитом, разрывами крестообразных связок, менисков — 31,8 %;
- краевые переломы (в том числе ногтевых фаланг пальцев), отрывные переломы — 13,7 %;
- закрытые травмы черепа с сотрясением головного мозга — 12,6 %;
- вывихи плеча — 11,3 %;
- разрывы мышц и сухожилий — 5,3 %.

6.2.1. Травмы коленных суставов

Коленный сустав является сложным блоковидным суставом, образованным дистальным эпифизом бедренной кости, проксимальным эпифизом большеберцовой кости и надколенником. Функционирование сустава обеспечивается капсульно-связочным, мениско-связочным аппаратами, мышечно-сухожильным комплексом.

Тяжесть увечья при травмах коленных суставов определяется ВВК с учетом объема повреждения образующих сустав костей, связочного аппарата, менисков.

Травмы коленных суставов подразделяются на открытые и закрытые. Открытые травмы (ранения коленных суставов) — на проникающие (раневого канала сообщается с полостью сустава) и непроникающие.

В соответствии с Перечнем увечий к тяжелым травмам коленных суставов относятся:

- вывих в коленном суставе;
- разрывы (отрывы) боковых и крестообразных связок коленного сустава с нестабильностью сустава 2 и 3 степени (раскрытие суставной щели на стороне повреждения или передне-заднее смещение большеберцовой кости более 5 мм по сравнению с неповрежденным суставом);
- вывих надколенника, сопровождающийся переломом надколенника или переломом мыщелка бедренной кости;
- осложненный перелом надколенника (открытый, оскольчатый, со смещением отломков на ширину кости и более);
- разрыв (отрыв) связки надколенника;
- внутрисуставной перелом дистального эпифиза бедра, проксимального эпифиза большеберцовой кости;

– проникающее ранение коленного сустава.

К легким травмам коленных суставов относятся:

– неосложненные вывихи надколенника;

– разрывы боковых связок коленного сустава 1 степени (раскрытие суставной щели от 3 до 5 мм по сравнению с неповрежденным суставом);

– закрытые травмы с гемартрозом или синовитом без разрывов связочного аппарата;

– повреждения менисков (кроме травматизации коленного сустава при застарелых повреждениях менисков, хронической нестабильности сустава);

– острая травматическая отслойка хрящей с образованием внутрисуставных тел. При выявлении после снятия острых явлений признаков разрыва крестообразных и наружных боковых связок с хронической нестабильностью 2–3 степени указанная травма относится к тяжелой.

Травматические вывихи голени

Травматические вывихи голени (код МКБ-10 S83.1) относятся к тяжелым повреждениям нижних конечностей и встречаются от 1 до 3 % среди всех вывихов. Погрешности в диагностике и лечении вывихов голени приводят к хронической нестабильности, значительному нарушению опорной функции коленного сустава [60].

В зависимости от направления смещения проксимального эпифиза большеберцовой кости различают задний, передний, наружный, внутренний вывихи голени [61].

Вывих голени развивается под воздействием большой механической силы, характеризуется разрывом практически всех связок коленного сустава и может сопровождаться разрывами менисков, сосудисто-нервного пучка, переломами надколенника, мышечков бедренной и большеберцовой костей.

Выраженный болевой синдром, достоверный механический фактор воздействия на бедро или голень, отчетливая деформация коленного сустава, выявляемое пальпаторно аномальное относительное расположение мышечков бедра и большеберцовой кости, невозможность совершения активных движений в суставе, как правило, не вызывают затруднений в диагностике вывиха.

Вместе с тем, в целях дальнейшего страхового обеспечения основным методом объективизации вывиха является рентгенография коленного сустава в прямой и боковой проекциях до вправления вывиха (рисунки 4 и 5).



Рис. 4. Рентгенограмма коленного сустава при переднем (А) и заднем (Б) вывихе голени

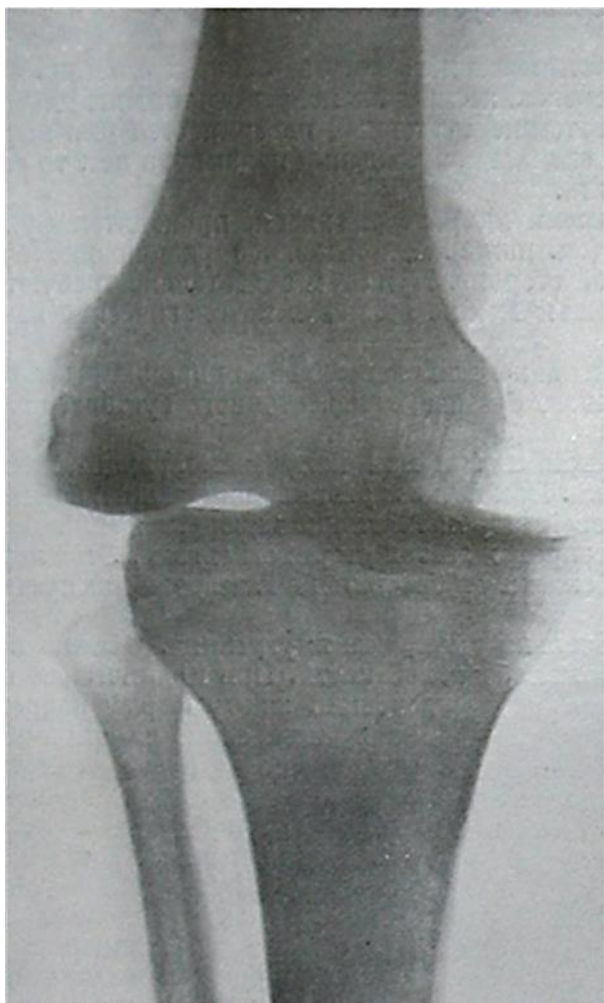


Рис. 5. Рентгенограмма внутренне-го неполного вывиха костей голени

При отсутствии рентгенограмм до вправления вывиха, принимая во внимание выраженность повреждений анатомических структур сустава, степень тяжести травмы наиболее вероятно подлежит оценке как тяжелое увечье.

Вместе с тем, подтверждение инструментальными данными перенесенного травматического вывиха голени после иммобилизации сустава потребует проведения МРТ (для установления разрывов связок и менисков), МСКТ (для диагностики переломов мыщелков бедренной и большеберцовой костей) коленного сустава, возможности выполнения которых ограничены, а также объективного подтверждения нестабильности коленного сустава 2–3 степени.

При неполном травматическом вывихе голени объективно выявляемая деформация коленного сустава не столь очевидна, как при полном вывихе, в связи с чем рентгенологическое подтверждение вывиха до его вправления и иммобилизации обязательно для последующей оценки степени тяжести увечья.

В формулировке диагноза при неполном вывихе голени в целях однозначного применения Перечня увечий термин «подвывих» применять не следует.

Пример правильной формулировки диагноза при вывихе голени в соответствии с Перечнем увечий: «задний вывих большеберцовой кости в коленном суставе».

Разрывы связок и менисков коленного сустава

Разрывы связок являются следствием непрямого воздействия, превышающего функциональные возможности сустава. Коленный сустав — сложный сустав, в котором возможны изолированные, не сопровождающиеся вывихами и переломами вывихами разрывы связок.

Характерный для изолированных разрывов связок суставов механизм имеет дополнительное значение при изучении врачами ВВК «сомнительных» обстоятельств получения военнослужащим увечья.

В практике ВВК в справках о травме встречается описание механизма травмы коленного сустава в формулировках «ударился коленом о препятствие», «почувствовал хруст, боль в колене при ходьбе» и др., что требует от специалиста ВВК дифференциальной диагностики такого повре-

ждения от хронической, нетравматической нестабильностью, не связанной с травматическим разрывом связки.

Клинико-анатомическая классификация выделяет следующие степени повреждения связок:

1 — разрыв отдельных волокон связки (беспокоит боль, определяется локальная припухлость, но нет гематомы);

2 — частичный разрыв связки (боль, локальная припухлость сопровождаются подкожным кровоизлиянием);

3 — отрыв связки от места её прикрепления, полный разрыв связки (наряду с болью, подкожным кровоизлиянием после обезболивания определяется патологическое отклонение).

Такая классификация применяется в клинической практике, но не должна использоваться при вынесении экспертного диагноза в целях определения степени тяжести увечья.

Повреждения связок первой и второй степеней согласно МКБ-10 обозначают также термином «растяжение» (коды S83.4–83.6).

При вынесении экспертного диагноза в целях определения степени тяжести увечья применение формулировки «растяжение», «частичное повреждение», «повреждение», «частичный разрыв», «разволокнение» не допустимы.

Разрывы коллатеральных (боковых) связок коленного сустава возникают в результате бокового (кнаружи или кнутри) отклонения голени под воздействием внешней силы.

В тексте Перечня увечий приводятся рентгенологические критерии степеней разрыва коллатеральных связок по сравнительной величине в миллиметрах смещения костных поверхностей при их насильственном отклонении. Эти показатели характеризуют степень анатомической нестабильности.

Нестабильность коленного сустава проявляется нарушением его замыкательной функции, когда опороспособность сустава невозможна без компенсаторного напряжения мышечно-сухожильных и связочных структур (стадия компенсации нестабильности) или применения ортопедических приспособлений.

В клинической практике применяются различные классификации травматической нестабильности коленного сустава. В частности, по сте-

пени компенсации: компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная нестабильность.

По степени и направлению смещения (отклонения) большеберцовой кости относительно мыщелков бедренной кости (таблица № 1) [62]:

Таблица № 1

Определение нестабильности коленного сустава по типам, степени выраженности и направлениям смещения суставных поверхностей
(по Миронову С. П.)

Тип нестабильности		Степень выраженности	Варианты смещения суставных поверхностей
Простая (одноплоскостная)		0–1	A0M1, A0Л1
Сложная			
	антеролатеральная	1, 2	A1Л1, A1Л2, A2Л1, A2Л2, A2Л3, A3Л3, A3Л2
	антеромедиальная	1, 2, 3	A1M1, A1M2, A1M0, A1M3, A2M1, A2M3, A3M3, A3M2, A2M2
	постеролатеральная	1, 2	П1Л1, П1Л0, П2Л2, П2Л3, П3Л1, П1Л3, П3Л2, П3Л3
	постеромедиальная	1, 2	П1M1, П1M2, П1M3, П2M1, П2M2, П2M0, П2M3, П3M1, П3M3, П3M2
Комбинированная		передняя глобальная, атипичная	
Тотальная		полное отсутствие опороспособности во всех плоскостях	

Примечание:

A — симптом «переднего выдвигающего ящика»;

П — симптом «заднего выдвигающего ящика»;

Л — аддукционный тест;

М — абдукционный тест.

Величина смещения представлена цифрой после буквы.

Для определения степени тяжести увечья при разрывах коллатеральных связок коленного сустава имеет значение объективная количественная оценка степени пассивной (не учитывающей мышечно-сухожильный комплекс стабилизации [62]) нестабильности сустава:

1 степень — минимальная расслабленность капсульно-связочных структур при их частичном повреждении, при пассивной девиации голени суставная щель расширяется до 5 мм;

2 степень — средняя, при полном повреждении соответствующей связки, суставная щель расширяется до 10 мм;

3 степень — выраженная, обычно сочетается с повреждением одной или обеих крестообразных связок, при полном разгибании колена пассивное отклонение голени сопровождается расширением суставной щели более 10 мм.

Для измерения вышеупомянутых величин используют различные абдукционные и аддукционные рентгенологические тесты. В острый период проведение таких тестов сопряжено с болевым синдромом и сопутствующим напряжением активных стабилизаторов коленного сустава, в связи с чем их проводят после обезболивания.

Это создает определенные трудности при проведении таких тестов. Но отказ от их проведения может привести к неверному установлению степени тяжести увечья в формулировке «легкое увечье» (при наличии сопутствующих травме гемартроза и синовита) или необоснованному отказу в оформлении справки о тяжести увечья.

Рентгенологи применяют самодельные распорки, фиксирующие нижние трети бедер в положении разгибания в коленных суставах, для последующей отводящей или приводящей нагрузки на голени с проведением рентгенографии в передне-задней проекции. При этом, во избежание возможной ротации, врач придерживает голени с соблюдением мер защиты от рентгеновского излучения.

Г. П. Котельниковым и А. П. Черновым предложено устройство, позволяющее фиксировать расширение суставной щели коленного сустава во фронтальной плоскости и не требующее мануальной поддержки (рисунок № 6) [61].

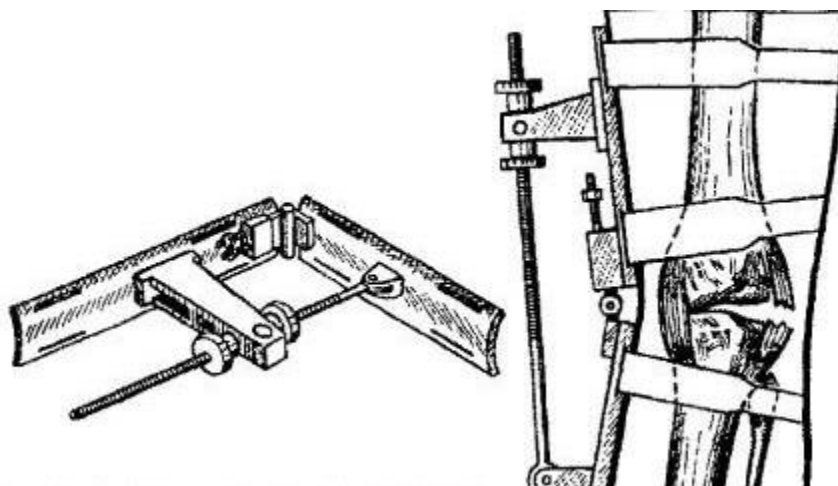


Рис. 6. Устройство для измерения степени расширения суставной щели при разрыве боковой связки коленного сустава

В пояснениях к статье 65 Расписания болезней [7] имеется указание на необходимость рентгенологического подтверждения нестабильности сустава. Вместе с тем, его методика нормативными правовыми документами в сфере ВВЭ не установлена и остается на усмотрение рентгенолога.

Разрывы крестообразных связок встречаются при чрезмерном грубом воздействии на голень в передне-заднем направлении.

Для разрыва передней крестообразной связки (ПКС) наряду с вышеописанным механизмом характерна чрезмерная пронация голени. В этой связи разрывы ПКС встречаются на порядок чаще, чем разрывы задней крестообразной связки (ЗКС).

При разрывах крестообразных связок развивается плоскостная передне-задняя нестабильность.

Выявление указанного типа нестабильности осуществляется с помощью симптомов «переднего выдвигающего ящика» и «заднего выдвигающего ящика» для разрывов ПКС и ЗКС соответственно.

В клинической практике наибольшее распространение получили методы выявления плоскостной нестабильности в коленном суставе, направленные на выявление «скрытой» компенсированной и субкомпенсированной нестабильности: мануальные методы (pivot shift, jerk, Lachmann тесты) при максимально возможном расслаблении мышц бедра, миография [63].

При этом, степень нестабильности в описании врачей-травматологов часто указывается знаками «+». Степени плоскостной нестабильности «+» (первая степень смещения) соответствует переднее или заднее пассивное смещение голени относительно мыщелков бедра на 5–10 мм, «++» (вторая степень) — до 15 мм, «+++» (третья степень) — более 15 мм [62].

Для определения степени тяжести увечий вышеупомянутой оценки степени нестабильности коленного сустава при разрывах крестообразных связок недостаточно, требуется количественная оценка смещения голени относительно мыщелков бедра.

Согласно Перечню увечий, к тяжелым увечьям относятся разрывы крестообразных связок, сопровождающиеся плоскостной нестабильностью свыше 5 мм.

Указанная величина смещения тибиаляного плато относительно мыщелков бедра подтверждается рентгенограммами с соответствующей пассивной нагрузкой или функциональным МРТ — исследованием [64].

В редких случаях передняя нестабильность коленного сустава от 5 до 10 мм может встречаться у здоровых лиц с функциональной гипермобильностью сустава. Для подтверждения травматического характера такой нестабильности функциональные тесты оценивают в сравнении с аналогичными показателями на коленном суставе здоровой ноги.

Проведение рентгенологического тестирования в настоящее время является обязательным основанием для вынесения решения о тяжелом увечье. Целесообразно в качестве рентгенологического метода измерения степени смещения голени при разрыве передней крестообразной связки использовать тест, предложенный Г. П. Котельниковым [61].

Положение пациента лежа на спине, поврежденная нога накладыва-ется на согнутую в коленном суставе под острым углом здоровую ногу. При этом, получая точку опоры на уровне проксимального эпифиза большеберцовой кости голень травмированной ноги под воздействием силы тяжести при постепенном расслаблении четырехглавой мышцы бедра смещается кпереди. Отсутствие при таком положении пациента активного вмешательства со стороны врача позволяет зафиксировать на рентгенограмме в боковой проекции величину смещения голени и измерить ее (Рисунок № 7).

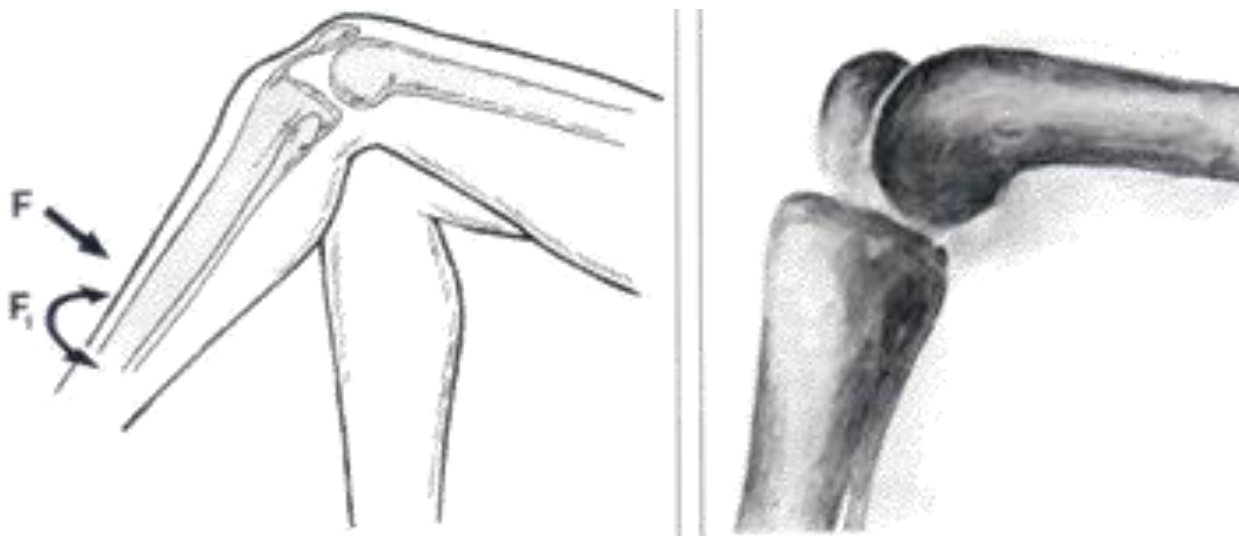


Рис. 7.

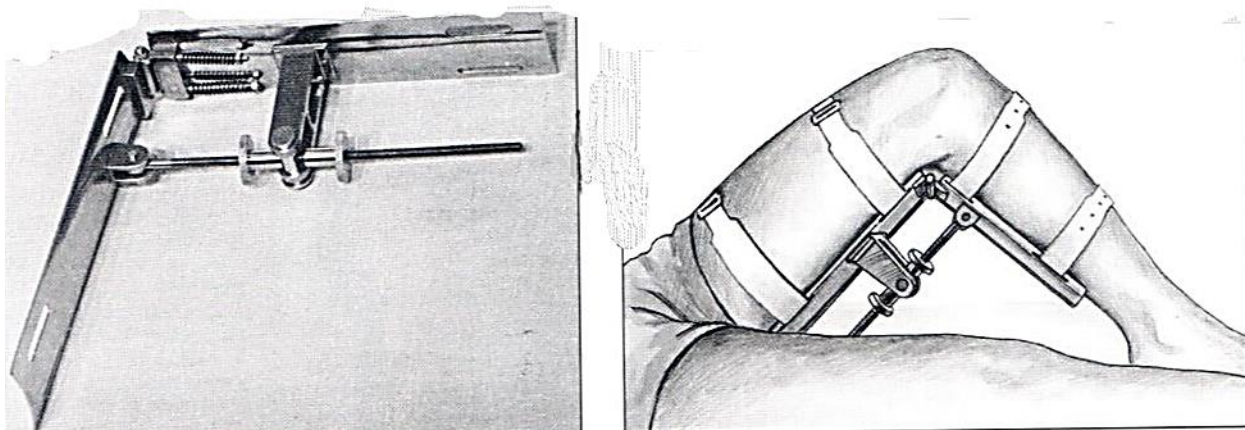
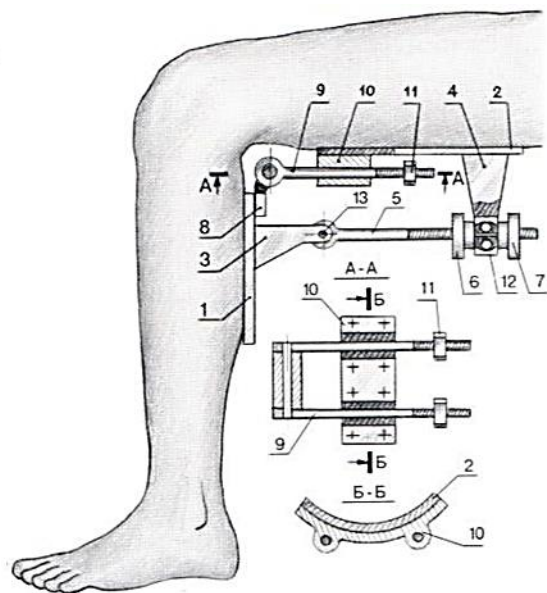


Рис. 8.

В качестве универсального устройства для рентгенологического подтверждения смещения голени и измерения его величины используется универсальное приспособление [65] (Рисунок № 8).

Устройство для измерения степени нестабильности при разрывах крестообразных связок коленного сустава (по Г. П. Котельникову, 2001).

Для диагностики повреждения крестообразных связок устройство фиксируется с помощью ремней на согнутой под углом 90^0 конечности, причем пластины 1 и 2 устанавливаются на задних поверхностях верхней трети голени и бедра соответственно. Стопа упирается в неподвижный предмет. Ограничитель (11) устанавливается в положение, необходимое для обеспечения хода штока (9). Вращая гайки (6) или (7) (в зависимости от направления смещения), сдвигают пластину (1) вместе с голенью относительно пластины (2) и бедра. Шарнирное соединение (8) позволяет накладывать пластины под разными углами в зависимости от индивидуальных особенностей строения голени и бедра пациента.

Следует обратить внимание врачей-травматологов военно-медицинских организаций на возможность количественной оценки девиации голени во время проведения операции пластики крестообразной связки. Сведения в протоколе операции о величине смещения тибиальной суставной площадки относительно мыщелков бедра более 5 мм являются основанием для ВВК подтвердить наличие у такого пациента нестабильности коленного сустава второй-третьей степени и отнесения соответствующей травмы к «тяжелому увечью».

Наряду с вышеупомянутыми «растяжениями», «частичными разрывами» и «повреждениями» в практике ВВЭ в целях определения степени тяжести увечья при разрывах крестообразных связок встречаются формулировки экспертных диагнозов: «застарелый разрыв передней крестообразной связки», «хроническая посттравматическая нестабильность коленного сустава второй (третьей) степени», что является основанием для проверки обоснованности вынесенных заключений.

Повреждения связок суставов считаются «свежими» при сроке травмы до 3 недель (период до завершения перестройки рубцовых тканей) и застарелыми по истечении указанного срока.

Такое разделение имеет значение для определения тактики лечения пациента с разрывом связки.

Для применения Перечня увечий в случае вынесения заключения о тяжелом или легком увечье понятие «застарелости» разрыва связки указывать не следует так же, как и развивающиеся вследствие разрыва посттравматический артроз, контрактуру сустава.

У лиц молодого возраста (в среднем до 30 лет) после острой травмы коленного сустава с изолированными разрывами крестообразных связок длительное время сохраняется компенсация нестабильности коленного сустава за счет мышечно-сухожильного комплекса и состоятельной антеролатеральной связки.

Несмотря на лучшие исходы оперативных вмешательств в возможно ранние сроки после травмы, субъективная готовность таких пациентов к артроскопической пластике крестообразной связки часто возникает по истечении 6 месячного срока после острой травмы, когда развивается хроническая нестабильность коленного сустава, как правило, сопровождающаяся повреждением менисков, суставных хрящей [66].

По данным клиники травматологии и ортопедии Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова Минобороны России [66] военнослужащие некоторых иностранных государств (Швеция, США) получают оперативное лечение по поводу аналогичных травм также по истечении 6 месяцев и в более поздние сроки.

Развивающиеся на фоне нарушенной кинематики коленного сустава разрывы менисков, синовит самостоятельными страховыми случаями не являются.

Кроме того, позднее оперативное лечение нестабильности коленного сустава обусловлено несвоевременной диагностикой несостоятельности крестообразных связок.

В этой связи, следует обращать более пристальное внимание на оформленные хирургами и травматологами, как правило, звена первичной медико-санитарной помощи записи в формулировках: «ушиб коленного сустава», «растяжение связок коленного сустава», «ушиб коленного сустава с гемартрозом (синовитом)» и др.

В соответствии с Перечнем увечий хроническая нестабильность коленного сустава не является основанием для вынесения заключения о степени тяжести закрытой травмы сустава.

Вместе с тем, данное утверждение не относится к развитию хронической нестабильности сустава вследствие разрывов крестообразных связок, выявленных после снятия острых явлений в суставе (гемартроза, посттравматического синовита, отека окружающих мягких тканей).

Такое противоречивое толкование в Перечне увечий хронической нестабильности коленного сустава вызывает определенные трудности в практике ВВЭ и требует уточнения.

В этой связи, если при документально подтвержденной в период военной службы острой травме коленного сустава разрывы крестообразных связок и нестабильность второй-третьей степени выявляются в поздние сроки, увечье в соответствии с Перечнем увечий расценивается как «тяжелое», несмотря на «хронизацию» явлений нестабильности.

В случае отсутствия достоверных документов, подтверждающих факт и обстоятельства получения военнослужащим в период военной службы травмы коленного сустава, увечье в Перечень увечий не входит (например, травма получена до поступления на военную службу, явления нестабильности длительное время были компенсированы и проявились на фоне возросших физических нагрузок в период военной службы).

Если после полученного военнослужащим повреждения связок коленного сустава оперативное лечение не проводилось (противопоказания, отказ), нестабильность коленного сустава инструментальными данными не доказана, а пациенту проводится консервативное лечение (путем иммобилизации сустава тутором на срок 3 недели с последующей реабилитацией), то экспертное решение в таком случае следует принимать после завершения полного курса лечения с соблюдением всех ограничительных, профилактических мер и при появлении возможности тестирования на наличие признаков хронической нестабильности [67].

К не страховым случаям относятся явления гипермобильности коленных суставов (у лиц, занимавшихся балетом, гимнастикой и др.), отличительной особенностью которых является отсутствие разрывов связок, достоверной связи с травмой и двусторонний характер.

Еще одним, требующим уточнения, случаем применения Перечня увечий является нестабильность второй-третьей степени коленного сустава после разрыва трансплантата крестообразной связки.

В современной травматологической практике синтетические трансплантаты крестообразных связок применяются все реже.

Наилучшие исходы дают ауто трансплантаты, обладающие близкими с крестообразными связками свойствами.

Формирование состоятельности ауто трансплантата крестообразной связки является длительным процессом и проходит определенные гистоморфологические стадии [62]:

1. ранние изменения (накопление коллагеновой ткани и др.) — 2 мес. после операции;
2. ремоделирование трансплантата — от 2 до 12 мес.;
3. созревание — 12–36 месяцев;
4. лигаментозная стадия.

Наибольшая вероятность разрыва ауто трансплантата сохраняется в течение первых двух этапов, что связано с его реваскуляризацией, ремоделированием.

В клинической практике опора на оперированную нижнюю конечность разрешается по истечении 3 месяцев после артроскопической аутопластики крестообразной связки. После указанного срока трансплантат прочно фиксируется рубцовой тканью в костных каналах.

Таким образом, разрыв ауто трансплантата крестообразной связки позднее 3 месяцев, наступивший вследствие документально подтвержденной адекватной по силе и механизму воздействия на сустав травмы, следует расценивать как соответствующее Перечню увечий «тяжелое увечье» [67].

Вместе с тем, категорично высказаться о несоответствии Перечню увечий разрыва ауто трансплантата ранее 3 месячного срока не представляется возможным. В этих случаях следует тщательно изучить факт, обстоятельства, механизм и адекватность травмы. Если факт травмы не доказан, то у специалистов ВВК имеются основания считать несостоятельность ауто трансплантата осложнением вследствие нарушения рекомендованного режима нагрузки и, соответственно, отказать в выдаче справки о тяжести увечья.

Травматические разрывы менисков (S 83.2 — «разрыв мениска свежий») в соответствии с Перечнем увечий относятся к легким увечьям.

Травмы менисков занимают первое место среди внутрисуставных повреждений коленного сустава и достигают 77 %. Механизм разрыва мениска чаще связан со сжатием его между суставными поверхностями во время резкого сгибания или разгибания в коленном суставе, особенно в сочетании с ротацией бедра при фиксированной голени. Повреждения внутреннего мениска происходят в 5–10 раз чаще наружного [61].

Разрывы менисков делятся на продольные (по типу «ручки лейки») и отрывы переднего и заднего рогов. Отрывы переднего рога встречаются в 4 раза чаще, чем заднего.

В практике ВВЭ в целях определения степени тяжести увечья и в клинике при разрывах менисков проблемным вопросом является дифференциальная диагностика свежих травматических и застарелых или вторичных «дегенеративных» разрывов.

В литературе встречаются исследования зависимости прочностных характеристик менисков коленного сустава от пола и возраста [68], определения сопутствующих дегенеративному разрыву гипертрофических и дистрофических изменений мениска [69], наследственные деформации коленного сустава, способствующие дегенеративному (патическому) повреждению мениска [70].

Исходя из имеющихся научных данных можно выделить признаки, наиболее характерные для дегенеративных (патических) разрывов менисков:

- отсутствие достоверной связи с адекватной по силе и механизму травмой;
- возраст старше 40 лет;
- женский пол;
- наличие хронической нестабильности коленного сустава, деформирующего артроза 3–4 стадии;
- гипотрофия мышц бедра на стороне застарелой травмы коленного сустава;
- наличие врожденной аномалии развития — дисплазий менисков, феморо-пателлярного сочленения, фиброзная дисплазия мышечков бедра и проксимального эпифиза большеберцовой кости;
- изменения менисков «здорового» коленного сустава;

– гипертрофия, разволокнение, неровности контуров поврежденного мениска.

Выявление при обследовании в целях освидетельствования для определения степени тяжести увечья вышеперечисленных признаков нетравматических повреждений менисков не является самостоятельным основанием для отказа в оформлении военнослужащему справки о тяжести увечья, но может послужить поводом для дополнительных запросов и изучения медицинских документов, применения дополнительных методов диагностики, исследования второго коленного сустава.

ВВК в первую очередь, особенно при подозрении на нетравматический характер разрыва мениска, руководствуется справкой о травме, сведениями в материалах разбирательства по факту получения увечья, в медицинских документах (особенно информацией о первичном обращении за медицинской помощью по поводу травмы).

Для «свежего» разрыва мениска характерны жалобы на возникшие вследствие травмы колена (приземление с высоты с опорой на одну ногу, потеря равновесия и опора на ногу при переносе тяжестей) боль, отек, ограничение движений в суставе. Объективно при пальпации выявляется вынужденное полусогнутое положение голени, локальная болезненность по ходу суставной щели в проекции поврежденного мениска, усиливающаяся при переводе конечности из полусогнутого в коленном суставе положения в позицию максимального разгибания (симптом Байкова).

Явления синовита при разрывах менисков могут проходить самостоятельно в течение 1–2 дней [2]. Гемартроз более характерен для разрывов связочного аппарата коленного сустава и развивается при разрывах мениска только при прохождении линии разрыва через «красную» кровоснабжаемую зону мениска.

Для подтверждения разрыва мениска применяют неинвазивные (МРТ и УЗИ коленного сустава) методы исследования и лечебно-диагностическую артроскопию сустава.

По сравнению с артроскопией неинвазивные методы определения разрывов менисков менее информативны [71].

Частота не подтверждения при артроскопии установленных на основании МРТ и УЗИ разрывов менисков по различным данным достигает 10 %.

Причиной ложноположительных результатов при МРТ могут быть иные, кроме разрыва, источники повышения интенсивности МР-сигнала, анатомические структуры коленного сустава, которые в силу особенностей расположения могут симулировать разрывы менисков [72].

Ложноотрицательные результаты МРТ могут быть получены, например, при небольших разрывах периферической части заднего рога [72].

Вместе с тем, проведение артроскопии сопряжено с возможными осложнениями, и использование этого метода только для диагностики острого разрыва мениска без иных показаний не целесообразно.

Принимая во внимание доступность описанных инструментальных методов, обследование для определения разрывов менисков в целях медицинского освидетельствования на тяжесть увечья предпочтительно начинать с УЗИ коленного сустава. При сомнительном результате УЗИ, подозрении на сопутствующие травмы связочного аппарата целесообразно провести МРТ коленного сустава.

Примерная формулировка экспертного диагноза в целях определения степени тяжести увечья при изолированных разрывах менисков коленных суставов: «Закрытая травма правого коленного сустава с разрывом заднего рога медиального мениска».

Травмы надколенника

Согласно разделу I Перечня увечий к тяжелым увечьям в частности относятся осложненный перелом (открытый, оскольчатый, со смещением отломков на ширину кости и более) одной из костей предплечья, ключицы, шейки лопатки, надколенника; вывих надколенника, сопровождающийся переломом надколенника или мыщелка бедра; разрывы (отрывы) связки надколенника.

Неосложненные переломы и вывихи надколенника в соответствии с Перечнем увечий относятся к легким.

Характерным для переломов надколенника (S 82.0) является смещение отломков по длине (расхождение), которое в ряде случаев достигает нескольких сантиметров. Поэтому критерий смещения отломков «на ширину кости и более» в отношении перелома надколенника имеет очень ограниченное применение. Смещение отломков надколенника «по ширине» возможно в сагиттальной плоскости [61]. (рисунок № 9)

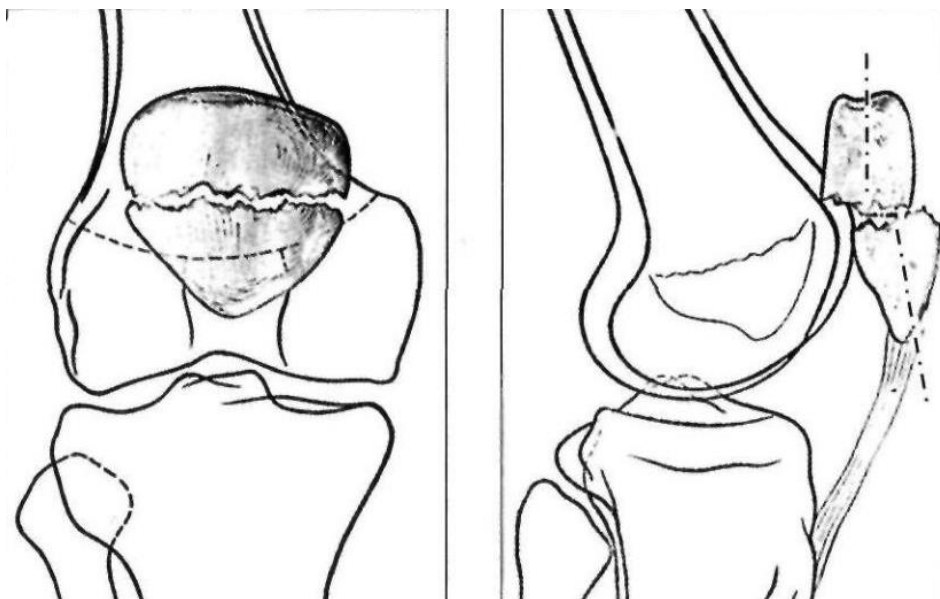
*A**Б*

Рис. 9. Варианты смещения отломков надколенника по длине (А)
по ширине (Б)

Надколенник — самая крупная сесамовидная кость, основной функцией которой является обеспечение рычага (упора) для функционирования четырехглавой мышцы бедра. Наиболее частым механизмом перелома надколенника со смещением отломков по длине, оскольчатого перелома надколенника является прямое механическое воздействие на него с чрезмерной тракцией со стороны четырехглавой мышцы (падение с упором на колено).

Переломы надколенника со смещением отломков на ширину кости как правило возникают вследствие ранений и, таким образом, являются открытыми, что само по себе позволяет отнести такие травмы к тяжелым увечьям.

В отношении смещения отломков по длине при закрытых переломах надколенника критерием, тождественным «смещению отломков на ширину кости» является степень расхождения отломков, требующая проведения металлоостеосинтеза.

Учитывая изложенное, к тяжелым увечьям следует относить переломы надколенника с расхождением отломков 3 мм и более [61, 67, 73, 74]. К легким увечьям (травмам) следует относить переломы надколенни-

ка с расхождением отломков до 3 мм и переломы без смещения, когда сохраняется непрерывность разгибательного аппарата голени и благоприятный функциональный прогноз после консервативного лечения.

Примеры формулировок экспертного диагноза в целях определения степени тяжести увечья: «Закрытый перелом правого надколенника с расхождением отломков на 5 миллиметров» увечье тяжелое; «Закрытый перелом левого надколенника с незначительным смещением (расхождением) отломков». Увечье легкое.

Вышеизложенные показания к хирургическому лечению переломов надколенника определяют возможные варианты действий врача ВВК при проведении заочного медицинского освидетельствования в целях определения тяжести увечья военнослужащего, получившего экстренную медицинскую помощь вне военно-медицинской организации. При отсутствии первичных рентгенограмм с расхождением отломков, но документально подтвержденных обстоятельствах увечья, факт сопоставления отломков надколенника методом металлоостеосинтеза (или аппаратом Илизарова) свидетельствует о получении военнослужащим тяжелого увечья.

6.2.2. Краевые переломы костей

Краевые переломы — вид переломов костей с типичной «краевой» локализацией отломка и соответствующей линией перелома.

Такой термин применяется при обозначении переломов бугорков плечевой кости, бугристости большеберцовой кости, переломов пяточной и таранной костей, лодыжек и других костей.

При этом, наличие краевого перелома определяет порядок применения Перечня увечий для переломов челюстей, внесуставных переломов длинных трубчатых костей, когда перечисленные увечья следует относить к легким.

Краевые переломы ногтевых фаланг пальцев стопы и кисти в Перечень увечий не входят.

Вопросы со стороны страховой организации возникают вследствие частого применения слова «краевой» при переломах проксимальных эпифизов ногтевых фаланг.

К краевым переломам дистальных фаланг пальцев кисти или стопы следует относить перелом бугристости ногтевой фаланги пальца.

При отказе в оформлении справки о тяжести увечья при переломах бугристости ногтевой фаланги пальца диагноз в акте медицинского освидетельствования (книге протоколов заседаний ВВК) целесообразно вынести в формулировке «краевой перелом ногтевой фаланги».

Таким образом, во избежание сомнений специалистов страховой организации в обоснованности заключений о степени тяжести увечья, использовать слово «краевой» при установлении экспертного диагноза (за исключением установленных Перечнем увечий случаев) не следует.

6.2.3. Импрессионные переломы

Термин «импрессионный перелом» стал использоваться травматологами сравнительно недавно — с начала XXI века.

При этом, часто на практике ошибочно допускается подмена этим сравнительно новым понятием термина «компрессионный перелом» [75].

Исходя из названий «компрессионный» (от лат. — *compressio* — сдавление) — разрушение костной структуры от сдавления, а «импрессионный» перелом (от лат. *impressio* — вдавление) — от вдавления на определенном участке кости.

Компрессионные переломы наиболее типичны для тел позвонков, представленных губчатым веществом. Импрессионные переломы происходят при механическом воздействии на пластинчатую кость или на трабекулярную костную неоднородную структуру, равномерная компрессия которой по всему поперечнику кости практически невозможна [75] (например, большеберцовая кость, таранная, пяточная кости).

В практике ВВЭ импрессионные переломы нередко стали устанавливаться по результатам МРТ при обследовании по поводу травм коленных суставов.

Установление такого диагноза для таких костей как, например, берцовая, большеберцовая, таранная, пяточная подразумевает вынесение заключения о степени тяжести увечья в формулировке «тяжелое увечье».

Во избежание экспертных ошибок при установлении диагноза «перелом» в первую очередь следует руководствоваться результатами

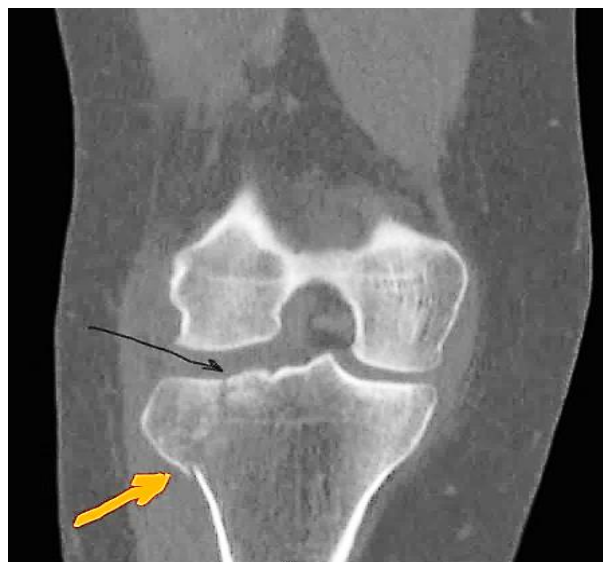


Рис. 10. Импрессионный перелом медиального плато проксимального эпифиза большеберцовой кости

рентгенологического исследования (компьютерной томографии), наиболее специфичного для визуализации повреждений костной структуры. Костная структура МР — сигнала не дает [61].

Вместе с тем, по данным многих авторов [76, 77, 78] МРТ позволяет визуализировать костную структуру и дополнить данные о локализации, степени смещения (вдавления) отломка, полученные при рентгенографии, особенно в отношении импрессионных переломов.

Кроме того, определяющим дифференциально-диагностическим признаком импрессионного перелома является вдавление кости на ограниченном участке с нарушением формы поверхности кости (рисунок № 10).

Встречающаяся на практике МРТ-гипердиагностика импрессионных переломов мыщелков бедренной и большеберцовой костей основана на картине линейного усиленного МР-сигнала без характерной деформации поверхности кости. Подобное явление может быть обусловлено внутрикостной гематомой вследствие чрезмерно сильного механического воздействия на сустав (прыжок с высоты, приземление с опорой на одну ногу) (рисунок 11).

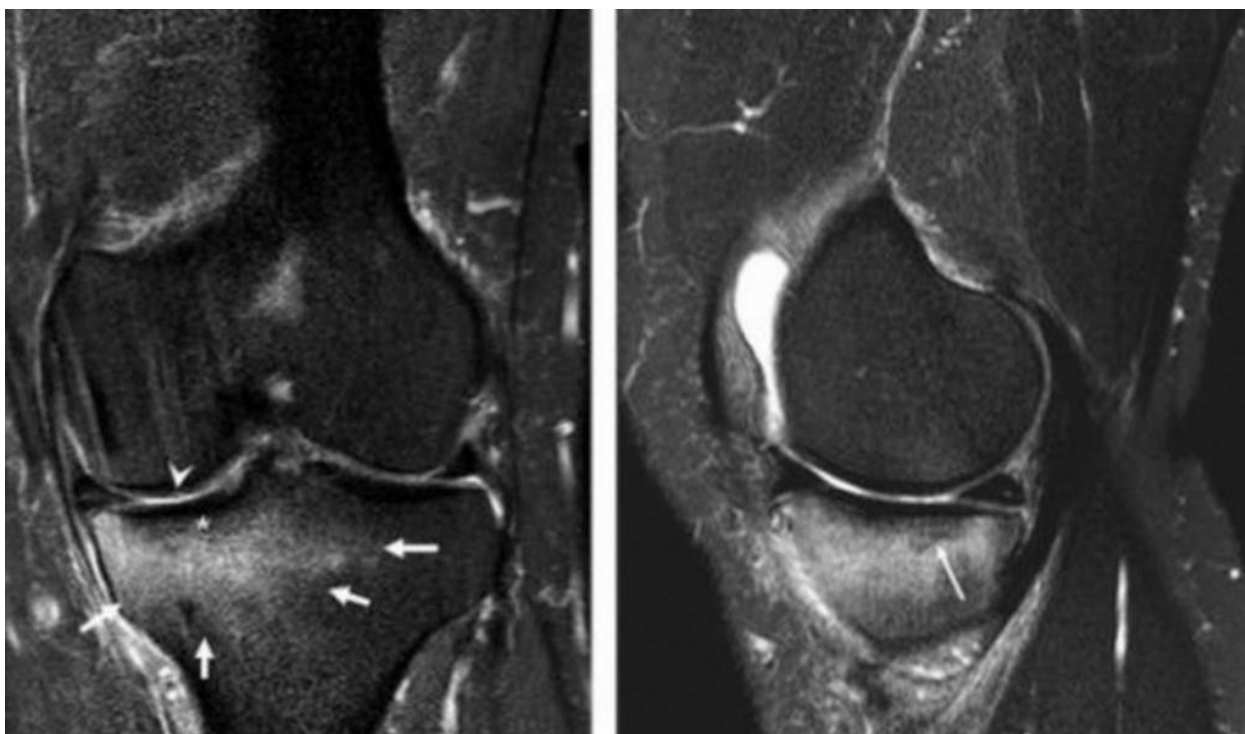


Рис. 11. Примеры МР-томограмм с ушибом мышечков бедра (А) и проксимального эпифиза большеберцовой кости (Б), ошибочно принимаемыми за перелом.

Например, один из случаев в практике ВВЭ в целях определения степени тяжести увечий: закрытая травма правого плечевого сустава с гемартрозом, разрывом суставной губы, импрессионным переломом головки плечевой кости. При изучении медицинских документов экспертом обращено внимание на несоответствие описания МРТ его заключению. МРТ-диагноз — импрессионный перелом головки правой плечевой кости. В описании «суставные поверхности лопатки и плечевой кости конгруэнтны». При изучении МР-томограмм установлено, что головка плечевой кости не деформирована, имеется зона усиленного МР-сигнала, расцененного как ушиб. Тяжесть увечья по наличию гемартроза сустава обоснованно определена в формулировке «легкое увечье».

Таким образом, для подтверждения диагноза импрессионного перелома без явных признаков деформации поверхности кости, установленно на основании МРТ, обязательно проведение рентгенологического исследования (рентгенографии, КТ) [67].

6.2.4. Травмы черепа

В соответствии с Перечнем увечий, к тяжелым увечьям относятся ЗЧМТ с ушибом головного мозга, к легким — с сотрясением головного мозга (подтвержденные обращением к врачу в первые 3 суток с момента получения травмы).

Вопросы определения степени тяжести увечий при проникающих ранениях черепа, открытых и закрытых переломах костей свода и основания черепа, ушибы головного мозга со сдавлением мозга, эпидуральными, субдуральными или субарахноидальными внутричерепными кровоизлияниями существенных сложностей при проведении ВВЭ не вызывают.

По материалам судебной практики в сфере обязательного страхования военнослужащих, получивших в период военной службы тяжелое или легкое увечье, закрытые черепно-мозговые травмы (далее — ЗЧМТ) легкой степени тяжести занимают второе место после травм связочного аппарата и менисков коленных суставов среди поводов для административных исков военнослужащих к страховым организациям или ВВК.

Основными причинами, приводящими к проверкам обоснованности заключений о степени тяжести увечий в отношении военнослужащих с ЗЧМТ, являются поздняя (по истечении 3 суток с момента травмы) диагностика сотрясения головного мозга.

В соответствии с Перечнем увечий документальное подтверждение обращения за медицинской помощью и установление диагноза до истечения 3 суток с момента травмы является обязательным условием для оформления справки о тяжести увечья военнослужащим с сотрясением головного мозга.

В соответствии со ст. 191 Гражданского кодекса Российской Федерации от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ течение срока, определенного периодом времени, начинается на следующий день после календарной даты или наступления события, которыми определено его начало.

Существующие классификации черепно-мозговой травмы отражают механизм ее возникновения, распространенность и глубину повреждения, наличие сопутствующих травм и другие важные в клиническом и прогностическом значении характеристики [79].

По классификации НИИ нейрохирургии РАМН имени Н. Н. Бурденко выделяют следующие клинические формы черепно-мозговой травмы [79]:

- сотрясение головного мозга;
- ушиб головного мозга легкой степени;
- ушиб головного мозга средней степени;
- ушиб головного мозга тяжелой степени;
- диффузное аксональное повреждение мозга;
- сдавление головного мозга;
- сдавление головы.

В соответствии с Перечнем увечий любой из вышеперечисленных видов ЗЧМТ за исключением сотрясения головного мозга относится к тяжелому увечью.

В этой связи, при определении степени тяжести увечья при схожих по клинической картине легких ЗЧМТ (сотрясения головного мозга и ушиба головного мозга легкой степени тяжести) приобретает значение дифференциальная диагностика таких травм.

Сотрясение головного мозга патогенетически является легкой формой закрытого повреждения мозга [80]. При сотрясении головного мозга структурные изменения вещества головного мозга отсутствуют, в связи с чем диагностика осуществляется по клинической картине: кратковременная (до нескольких минут) потеря сознания, возможна однократная рвота, астено-вегетативная симптоматика (небольшая дезориентированность, приливы к лицу, утомляемость, потливость, сложность восприятия текста при чтении и др.). Сроки регресса симптоматики составляют до 3 суток.

Общей характеристикой ушибов головного мозга вне зависимости от степени их тяжести является наличие очаговых изменений вещества головного мозга. При ушибе головного мозга легкой степени тяжести клиническая картина более выражена. Потеря сознания продолжительностью до нескольких десятков минут с последующей головной болью, головокружением, тошнотой, повторной рвотой, колебаниями артериального давления. Характерна мягкая неврологическая симптоматика в виде клонического нистагма, анизокории, признаков пирамидной недостаточности, а также менингеальных симптомов.

6.2.5. Травмы плечевого сустава

В соответствии с Перечнем увечий к тяжелым относятся:

- вывих плеча (синоним: вывих в плечевом суставе);
- перелом диафиза плечевой кости;
- внутрисуставные переломы эпифизов плечевой кости;
- осложненный (открытый, оскольчатый) перелом шейки лопатки.

Вывих плеча нарушение конгруэнтности суставных поверхностей за счет чрезмерного смещения головки плечевой кости относительно суставной впадины лопатки.

Таким образом, встречающаяся в практике работы ВВК формулировка диагноза «вывих плечевого сустава» не соответствует вышеупомянутому механизму травмы.

При формулировке диагноза в целях вынесения заключения ВВК о степени тяжести увечья правильной формулировкой является «вывих в плечевом суставе». Допустимы также: «вывих плеча», «вывих плечевой кости».

Травматические вывихи плеча по частоте возникновения достигают 60 % от числа всех вывихов. Наиболее часто встречаются передний (70 %) и нижний (подмышковый) вывихи плеча [61].

Основной механизм развития вывиха плеча — не прямое воздействие (падение с упором на руку, чрезмерная ротация плеча).

Для подтверждения вывиха плеча в целях определения степени тяжести увечья обязательным является представление на ВВК рентгенограммы плечевого сустава до вправления вывиха.

В исключительных случаях, когда вывих вправлен самостоятельно или, например, при оказании первой помощи (участие в боевых действиях, выполнение иных задач в условиях невозможности выполнения рентгенографии), в целях определения степени тяжести увечья допускается установление факта перенесенного травматического вывиха плеча (при отсутствии вывихов в анамнезе) по материалам служебного разбирательства, медицинским документам, клинической картине, характерным признакам вывиха, определяемым с помощью инструментальных методов исследования, артроскопии.

Вышеупомянутыми характерными признаками являются наличие импрессионного перелома головки плечевой кости по типу Хилл-Сакса и/или краевого перелома суставной поверхности лопатки по типу Банкарта, подтвержденные одним из методов лучевой диагностики (рентгенография, КТ, МРТ), УЗИ или артроскопией поврежденного плечевого сустава.

Импрессионный перелом головки плечевой кости в переднем или задне-верхнем отделах по типу Хилл-Сакса и краевой перелом суставной поверхности лопатки в переднем, заднем и нижнем отделах по типу Банкарта, могут возникать только вследствие переднего, заднего или нижнего вывихов плеча. Диагноз импрессионного перелома устанавливают на основании рентгенографии в прямой проекции, косо-вертикальной проекции с наружной ротацией плеча или КТ при наличии нарушения целостности кортикального слоя кости [67].

Как правило, основанием для диагностирования перенесенного вправленного вывиха плеча является сочетание упомянутых признаков. Изолированное выявление по МРТ повреждения фиброзной губы по типу Банкарта без костного повреждения по данным литературы может быть следствием гипердиагностики и не является самостоятельным основанием для установления диагноза вывиха плеча [81].

При установлении вывиха плеча в справке тяжести увечья сопутствующие импрессионный перелом головки плечевой кости и краевой перелом по типу Банкарта не указываются.

Наряду с вышеперечисленными характерными травматическими изменениями суставного хряща и головки плечевой кости вывих плеча часто сопровождается повреждением периартикулярных тканей: капсуло-связочного аппарата, вращающей манжеты плеча, выявление которых возможно с помощью УЗИ и МРТ сустава [82].

Разрыв вращательной манжеты плеча как правило является осложнением вывиха плеча. В соответствии с Перечнем увечий разрыв (отрыв) вращающей манжеты плеча относится к тяжелому увечью, имеет самостоятельное экспертное значение. Таким образом, указание в справке о тяжести увечья этого повреждения в диагнозе при вывихе плеча обязательно.

Привычный (рецидивный, патологический) вывих плеча (хроническая нестабильность плечевого сустава) в Перечень увечий не входит и основанием для оформления справки о тяжести увечья не является.

В этой связи дифференциальная диагностика повторного травматического и привычного вывиха плеча приобретает практическое значение при проведении ВВЭ в целях страхового обеспечения.

Абсолютных отличительных признаков травматического и привычного вывихов плеча в клинической практике не установлено. В каждом случае медицинского освидетельствования военнослужащего с вывихом плеча следует определить следующие основные обстоятельства:

- установление факта первичной или повторной травмы;
- механизм (адекватность) травмы, приведшей к вывиху плеча;
- характеристика первичной травмы в части касающейся объема повреждений гленоида, головки плечевой кости и качества проведенного лечения;
- наличие застарелых повреждений Хилл-Сакса, Банкарта, изменений капсульно-связочного аппарата плечевого сустава.

Для привычного вывиха характерно указание на вывих плеча в анамнезе, возникновение дислокации головки плеча без адекватного по силе и механизму насилия при отведении и ротации плеча кнаружи (надевание одежды, причесывание, замах для броска камня и др.) [61].

Одним из дифференциально-диагностических признаков привычного вывиха плеча является выявление при ретроспективном изучении медицинских документов о первичном травматическом вывихе дефектов оказания медицинской помощи: неадекватное обезболивание, грубые или неквалифицированные манипуляции при вправлении, раннее возобновление нагрузки на сустав, неполное обследование периартикулярных тканей и др. [61]. Если первичный вывих плеча сопровождался повреждением Банкарта, а лечение проведено консервативно, то повторный вывих плеча следует считать привычным [83].

При выявлении объективных признаков хронической нестабильности плечевого сустава следует обращать особое внимание на изменения периартикулярных тканей, выявленные по результатам осмотра травматологом, а также данные МРТ, УЗИ, артроскопии плечевого сустава.

При частых привычных вывихах пациент как правило снижает нагрузку на сустав, в следствие чего при осмотре может отмечаться ограничение объема, в первую очередь, активных движений в суставе, гипотрофия надостной, подостной, дельтовидной мышц со стороны пораженного сустава.

В зависимости от преимущественного типа (горизонтальная, вертикальная, комбинированная) хронической нестабильности могут в той или иной степени выявляться застарелые рубцовые изменения капсулы плечевого сустава, импрессионные переломы головки плеча с выраженным вдавлением суставной поверхности и слабо выраженным трабекулярным отеком, застарелое повреждение Банкарта, рубцовое удлинение нижней части сухожилий подлопаточной, подостной и малой круглой мышц, надрыв передней порции подлопаточной мышцы, частичный отрыв от большого бугорка плечевой кости сухожилия надостной мышцы, частичный надрыв с рубцовым удлинением и медиально-латеральной нестабильностью сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча, разрыв бицепитального ворота, SLAP-повреждение [84].

Таким образом, выявление признаков застарелого повреждения периартикулярных образований у военнослужащего с вывихом плеча является основанием для дополнительного запроса медицинских документов и материалов расследования для установления ранее перенесенного вывиха плеча.

Вывих плеча, возникший вследствие адекватной по силе и механизму травмы по истечении 6 месяцев после проведенного оперативного лечения по поводу вывиха плеча и полноценной реабилитации, считается травматическим и относится к тяжелому увечью.

В соответствии с Перечнем увечий перелом диафиза и внутрисуставные переломы плечевой кости (за исключением патологических переломов) являются тяжелым увечьем.

Диагностика осуществляется с помощью рентгенографии, КТ и, как правило, затруднений не вызывает.

В практике работы ВВК встречаются ошибочные заключения в формулировке «увечье тяжелое» в отношении переломов бугорков плечевой кости, которые относятся к внесуставным образованиям. Таким образом, переломы бугорков плечевой кости относятся к легким увечьям.

6.2.6. Разрывы мышц, сухожилий

Разрыв — нарушение анатомической целостности ткани, вызванное силой, превышающей ее эластические возможности.

В соответствии с Перечнем увечий к тяжелым увечьям относятся разрывы (отрывы) сухожилий вращающей манжеты плеча, двуглавой мышцы плеча, четырехглавой мышцы бедра, разрыв ахиллова сухожилия; разрывы сухожилий глубоких сгибателей трех и более пальцев кисти.

Разрывы других мышц и сухожилий, за исключением вышеперечисленных, относятся к легким увечьям.

Разрыв вращающей манжеты плеча в подавляющем большинстве случаев происходит при вывихе плеча, характеризуется определённой клинической картиной в соответствии с нарушением функций надостной, подостной и малой круглой мышц (пациенту не удается отведение и супинация плеча).

Типичная клиническая картина, вывих плеча в анамнезе, данные МРТ (УЗИ, контрастной артрографии) позволяют достоверно диагностировать разрыв вращающей манжеты плеча. Ошибки при медицинском освидетельствовании военнослужащих с указанной травмой возникают при выявлении застарелых разрывов, когда первично определялась степень тяжести вывиха плеча без проведения обследования периартикулярных тканей.

В Перечне увечий пояснений в отношении полноты разрывов мышц и сухожилий не указано. Таким образом, использование в справке о тяжести увечья при травмах мышц и сухожилий формулировок «повреждение», «частичное повреждение», «частичный разрыв», «надрыв», «неполный разрыв» не допустимы.

Разрывы сухожилия четырёхглавой мышцы бедра, ахиллова сухожилия, сухожилий двуглавой мышцы плеча вне зависимости от наличия не поврежденных волокон подлежат хирургическому лечению (наложению шва сухожилия). Такие разрывы в целях определения страхового случая всегда оцениваются как полные разрывы.

После наложения шва при вышеуказанных разрывах применяют длительную гипсовую иммобилизацию конечности (при разрывах сухо-

жилий двуглавой мышцы плеча — 3–6 недель, при разрывах сухожилий четырехглавой мышцы бедра или ахиллова сухожилия — свыше 4 месяцев). Полное ремоделирование и восстановление функции крупного сухожилия происходит в течение одного года.

Учитывая изложенное, повторные разрывы сухожилия до истечения одного года после первичного разрыва следует дифференцировать от несостоятельности шва и сращения сухожилия. При этом, анализируется адекватность силы, механизма травмы (по данным материалов расследования факта травмы) и сведения в медицинских документах о течении восстановительного процесса после первичного разрыва.

Деление разрывов крупных сухожилий на дегенеративные (патологические, спонтанные) и травматические условно, так как сила травматического воздействия на сухожилие оценивается врачом и пациентом субъективно.

Подозрение на дегенеративный разрыв сухожилия при наличии документов, подтверждающих факт травмы, не является основанием для отказа от освидетельствования военнослужащего в целях определения степени тяжести увечья.

Разрывы мышц бывают неполные и, редко, полные. Наиболее часто встречаются разрывы прямой мышцы бедра, двуглавой мышцы плеча, икроножной мышцы. Наиболее частая локализация разрыва — место перехода мышцы в сухожилие [61].

Разрыв мышцы должен быть подтвержден жалобами военнослужащего на резкую боль, отек, нарастание подкожной гематомы в области поврежденной мышцы. Характерно образование «валика» при попытке напряжения разорванной мышцы, пальпаторно в области разрыва наблюдается впадина (щель, провал). Функция мышцы значительно нарушена.

На фоне типичной яркой клинической картины дополнительно проводится УЗИ или МРТ мышцы.

Различают три степени повреждения мышц (по данным УЗИ):

– 1 степень — минимальные повреждения (растяжение, ушиб) мышцы. Гипоэхогенная полоса в пределах поврежденной мышцы составляет менее 10 % её объема. Клиническая картина (боль, отек) появляется через некоторое время;

– 2 степень — частичный (неполный) разрыв мышцы соответствует вовлечению в патологический процесс до 50 % объема мышцы или более. На УЗИ определяется гипоэхогенная зона приблизительно на 1/3–1/2 объема мышцы. Клинически отмечается «щелчок» и резкое начало болевого синдрома;

– 3 степень — полное повреждение с ретракцией поврежденной части мышцы и возникновением гипоэхогенной зоны не менее, чем на 3/4 объема, или на весь поперечник мышцы, гематома распространяется далеко за пределы мышцы.

К страховым случаям относятся повреждения мышц 2 и 3 степеней.

Неполный разрыв общего брюшка скелетной мышцы (2 степени по УЗИ-классификации), а также одной из головок двуглавой мышцы плеча, четырехглавой мышцы бедра при условии консервативного лечения травмы следует относить к легким увечьям [67].

Объективным подтверждением разрывов мышц, перечисленных в разделе I Перечня увечий, является оперативное вмешательство по наложению шва мышцы.

В случае диагностики своевременно не диагностированного разрыва мышцы наряду с первичными медицинскими документами, отражающими клиническую картину разрыва, документами об обстоятельствах травмы могут быть приняты во внимание результаты УЗИ, МРТ мышцы с описанием посттравматического рубца.

6.2.7. Другие травмы

К числу наиболее частых травм наряду с повреждениями связочного аппарата коленного, плечевого суставов относятся **повреждения голеностопного сустава.**

К тяжелым увечьям относятся следующие голеностопного сустава и образующих его элементов:

– внутрисуставной перелом дистального эпифиза большеберцовой кости (в том числе перелом заднего края большеберцовой кости — «третьей лодыжки»);

- переломы лодыжек со смещением отломков и подвывихом стопы и (или) разрывом межберцового синдесмоза; переломы двух лодыжек и заднего края большеберцовой кости («З-лодыжечный перелом»);
- вывихи, перелома-вывихи в голеностопном суставе;
- проникающие ранения голеностопного сустава;
- разрыв дистального межберцового синдесмоза с подвывихом стопы;
- переломы пяточной и таранной костей.

К легким увечьям относятся следующие травмы голеностопного сустава:

- разрывы связок с раскрытием суставной щели на 5 мм по сравнению со здоровым суставом;
- закрытые травмы с синовитом, гемартрозом.

Ошибки при определении степени тяжести увечья при травмах голеностопных суставов в основном связаны гипердиагностикой разрывов связок с оценкой величины раскрытия суставной щели без сравнения со здоровым суставом.

Кроме того, в практике ВВЭ встречались единичные случаи вынесения заключений о степени тяжести разрыва дистального межберцового синдесмоза без подвывиха стопы. Указанные случаи следует относить к легкому увечью.

При этом, на фоне клиники травмы, обязательным подтверждением диагноза является сравнительная (со здоровой голенью) рентгенография голеностопных суставов в положении внутренней ротации голени и голеностопных суставов на 15 град. с измерением величины межберцового промежутка на 1 см выше уровня сустава.

Объективные трудности диагностики встречаются при переломах таранной и пяточной костей без смещения отломков, не всегда визуализируемых на стандартных рентгенограммах. Нередко указанные травмы диагностируют на стадии последствий перелома после формирования костной мозоли. Сопоставление анамнеза травмы (материалы разбирательства, справка о травме, данные первичного осмотра врачом), клинических проявлений (длительно сохраняющихся боли, отека) и рентгенологической картины застарелых повреждений позволяет с высокой достоверностью

сделать вывод о давности посттравматических изменений и о наличии оснований для определения степени тяжести увечья.

Отдельно следует упомянуть нагрузочные маршевые переломы (болезнь Дейчлендера). В основе данного заболевания лежит перестройка плюсневых костей на фоне резко возросших нагрузок (марши, строевая подготовка, ношение неудобной обуви). Возникающие деформации и разрежения костного вещества плюсневых костей по характеру возникновения не являются истинными переломами. Оснований для применения перечня увечий при таких заболеваниях не имеется.

Переломы сесамовидных костей стопы также в Перечень увечий не входят и не являются основанием для оформления справки о тяжести увечья.

Справка о травме и сведения из первичной медицинской документации для решения вопроса о применении Перечня увечий приобретают приоритетное значение при медицинском освидетельствовании для определения степени тяжести увечий при **патологических переломах**.

Для патологических переломов характерно наличие сопутствующих онкологических заболеваний, эндокринных заболеваний и других нарушений обмена и не связанный с травмой механизм возникновения. Типичным является возникновение таких переломов неоднократно от незначительного воздействия (резкое движение, кашель, нагрузка, не превышающая повседневную).

При подозрении на патологический перелом целесообразно запросить медицинские документы и рентгенограммы (томограммы), отражающие состояние поврежденной кости до возникновения травмы.

В практике ВВЭ при определении степени тяжести увечья возникают основания для проверки обоснованности заключения при повторных переломах одной и той же кости.

Повторные переломы — переломы в области формирующейся костной мозоли до ее полной перестройки в результате повторной травмы.

После формирования костной мозоли вероятность возникновения перелома в той же области с тем же направлением линии перелома ничтожна. Исключения могут составить огнестрельные переломы или воздействия твердым предметом локально на область сформировавшейся

костной мозоли. При повторном переломе кости в месте первичного перелома следует учитывать клинические стадии консолидации перелома и средние сроки иммобилизации для сращения костей (по Ф.Р. Богданову, 1966):

I стадия — первичное соединение отломков (с 1 до 7 дней после травмы);

II стадия — сращение отломков мягкой мозолью (от 7 до 21 дня после травмы);

III-а стадия — начало образования рентгеноконтрастной костной мозоли (от 3 до 6–8 недель в зависимости от локализации);

III-б стадия — образование неоформленной плотной костной мозоли (от 6 недель до 3–7 месяцев);

IV стадия — структурная перестройка костной мозоли в период реабилитации (от 3–7 месяцев до одного года).

Исходя из этого, повторный перелом той же локализации, случившийся после полного сращения предыдущего, относится к страховому случаю. Основанием для такого решения могут стать следующие факты: прошел средний срок сращения, были выполнены требования заключения ВВК и рекомендации лечащего врача, представлена контрольная рентгенограмма после снятия иммобилизации с заключением о консолидации перелома [67].

К страховому случаю также может быть отнесена новая травма с картиной перелома той же локализации, если она произошла ранее среднего срока сращения, но после формирования рентгеноконтрастной костной мозоли (III-б стадия сращения). Важнейшим условием для этого является соблюдение сроков иммобилизации, начала опорной нагрузки, подтвержденное лечащим врачом, и адекватный механизм травмы.

Новая травма, которая произошла на фоне незавершенного процесса сращения, в результате невыполнения указанных выше условий лечения не входит в Перечень увечий.

При освидетельствовании военнослужащих с **травмами копчика** следует обратить внимание на то, что в Перечень увечий, относящихся к легким, входит перелом копчика. Иные, не сопровождающиеся переломами, травмы копчика в Перечень увечий не входят. Несмотря на то, что

анатомически копчик является рудиментарным отделом позвоночника, состоящим из трех — пяти позвонков, с точки зрения применения Перечня увечий копчик и крестец рассматриваются как отдельные анатомические образования с самостоятельным экспертным значением при вынесении заключения ВВК о степени тяжести увечья. Такие, иногда встречающиеся в практике ВВЭ диагнозы как «закрытый перелом тела копчикового позвонка со смещением отломков» с отнесением такой травмы к тяжелому увечью, недопустимы.

Вывихи в межфаланговых суставах встречаются крайне редко. Наиболее вероятным является вывих в пястно-фаланговом сочленении 1 пальца кисти. В этой связи изолированные вывихи в межфаланговых суставах, пястно-фаланговых, плюснефаланговых суставах не нашли отдельного отражения в перечне увечий. Исходя из смысла МКБ 10 пересмотра под кодами S63, S93 вывих фаланги пальца кисти или стопы следует рассматривать как **вывих пальца**.

Трудности при определении степени тяжести увечья **при переломах ребер** обусловлены сложностью диагностики переломов ребер без смещения костных отломков и переломов хрящевых частей ребер.

При соответствующем анамнезе и клинической картине переломы ребер в их хрящевой части или переходном отделе могут быть диагностированы ультразвуковым исследованием места предполагаемого перелома.

Часто в практике ВВЭ переломы ребер диагностируются после формирования костной мозоли, хорошо визуализируемой с помощью рентгенологических методов исследования, ретроспективно.

В этой связи наличие медицинских документов о первичном обращении по факту «ушиба» грудной клетки, материалов расследования и справки о травме приобретает для ВВК определяющее экспертное значение.

Переломы протезов и перипротезные переломы (периимплантные переломы) — переломы, которые происходят на фоне установленного эндопротеза сустава и являются страховыми случаями. Аналогичный подход применяется при вывихах в протезированных суставах.

Одним из, по нашему мнению, недостаточно урегулированных вопросов применения Перечня увечий является определение степени тяже-

сти увечья при **обширных дефектах мягких тканей кисти, стопы, требующих пластического замещения.** В практике ВВЭ встречаются случаи оформления справок о тяжести увечья в формулировке «увечье тяжелое» в отношении военнослужащих, получивших скальпированную рану пальца кисти или стопы, в хирургическом лечении по поводу которых применялась пластика дефекта.

При отсутствии единой общепринятой классификации тяжесть травм кисти в клинической практике определяют исходя из обширности, сочетанности повреждений анатомических структур кисти и степени функциональных нарушений (шкальные классификации по D. A. Campbell и S. P. Kay (1996), F. Urso-Baiarda (шкала MHISS), классификация tic-tac-toe J. Weinzweig и N. Weinzweig (1997), классификации по объему и площади повреждения по О. А. Шутину, по Е. В. Усольцевой) [85].

В соответствии с классификацией, предложенной О. А. Шутиним ранения кожного покрова кисти подразделяются на малые (до 1 см), средние (до 9 см или 1/2 окружности), большие (более 9 см или более 1/2 окружности или множественные), раздавливание, отчленение фрагмента.

При замещении травматических дефектов тканей кисти термин «обширный дефект» применяется при травмах трех и более пальцев кисти [61].

Кроме того, в соответствии с Перечнем увечий к тяжелым относятся травмы, способные вызвать умеренные и значительные нарушения функции поврежденного органа.

Критерии соотнесения объема повреждения кисти и стопы и степени функциональных нарушений установлены статьями 67 и 68 расписания болезней (раздел II приложения 1 к Положению о военно-врачебной экспертизе [7]). Так для кисти повреждениями, вызывающим умеренные или значительные нарушения функций, являются повреждения на уровне пястно-фаланговых суставов трех пальцев или первого и второго пальцев, для стопы — всех пальцев или части стопы.

Таким образом, к тяжелым увечьям следует относить дефекты кожи кисти, требующие пластического замещения, в объеме трех и более пальцев или первого и второго пальцев на уровне пястно-фаланговых суставов и более, четырех и более пальцев кисти на уровне дистальных концов ос-

новных фаланг и более, скальпированные раны кожи кисти площадью более 50 % площади кисти. Для стопы к понятию «обширный дефект» относится площадь требующего пластического замещения повреждения, соответствующая площади поверхности всех пальцев стопы, площади тыльной проекции всех костей плюсны, предплюсны и большей площади.

Заключение

При проведении ВВЭ врачи ВВК различных силовых ведомств и врачи независимых ВВК, осуществляющих свою деятельность на коммерческой основе, основывают выбор алгоритмов принятия решений для вынесения экспертных заключений на собственном опыте, судебной практике, на научно-методическом взаимодействии с коллегами.

Настоящее учебно-методическое пособие является попыткой объединения экспертного сообщества едиными принципами осуществления ВВЭ как в очной, так и в заочной ее видах.

Раскрывая вопросы применения законодательных и нормативных правовых актов при проведении документального исследования коллектив авторов основывался как на сведениях архива заключений ВВК ГЦ ВВЭ МО РФ, так и на документах ЦВВК МО РФ, ЦВВК МО СССР.

Знание исторических изменений в ходе развития ВВЭ отдельных подходов к принятию решений при ее проведении позволяют в спорных случаях вынести наиболее соответствующее социальной политике государства экспертное заключение и прогнозировать направление развития законодательной и нормативно-правовой базы в сфере ВВЭ.

Коллектив авторов пособия впервые объединил теоретические и практические аспекты ВВЭ в целях формирования фундамента знаний врачей, осуществляющих ВВЭ, для дальнейшего научного развития этого вида медицинской деятельности.

Список использованных источников:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; Российская газета, 2011, 23 ноября, № 263; Парламентская газета, 2011, 24 ноября — 1 декабря, № 50.

2. Федеральный закон от 28 марта 1998 г. № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе» // «Российской газета» от 2 апреля 1998 г. № 63–64, Собрание законодательства Российской Федерации от 30 марта 1998 г. № 13 ст. 1475.

3. Федеральный закон от 27 мая 1998 г. №76-ФЗ «О статусе военнослужащих»// Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 22, ст. 2331; Российская газета, 1998, 2 июня, № 104.

4. Федеральный закон от 28 марта 1998 № 52-ФЗ «Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопожарной службы, сотрудников учреждений и органов уголовно-исполнительной системы, сотрудников войск национальной гвардии Российской Федерации, сотрудников органов принудительного исполнения Российской Федерации» //Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 13, ст. 1474; Российская газета, 1998, 7 апреля, № 67.

5. Закон Российской Федерации от 15 мая 1991 г. № 1244-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» // «Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации» от 23 мая 1991 г., № 21, ст. 699.

6. Постановление Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. № 855 «О мерах по реализации Федерального закона «Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопожарной службы, сотрудников учреждений и органов

уголовно-исполнительной системы, сотрудников войск национальной гвардии Российской Федерации» // «Российская газета» от 12 августа 1998 г. № 153-154, Собрание законодательства Российской Федерации от 10 августа 1998 г. № 32 ст. 3900.

7. Постановление Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе» // Собрание законодательства Российской Федерации от 15 июля 2013 г. № 28 ст. 3831.

8. Федеральный закон от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» // «Российская газета» от 23 июля 1999 г. № 142, Собрание законодательства Российской Федерации от 19 июля 1999 г. № 29 ст. 3699.

9. Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» // «Российская газета» от 30 декабря 2013 г. № 295; Собрание законодательства Российской Федерации от 30 декабря 2013 г. № 52 (часть I) ст. 7007.

10. Барихин А. Б. Большая юридическая энциклопедия/А. Б. Барихин / Москва // «Книжный мир», 2010 — с.869.

11. Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка URL:<https://slovarozhegova.ru/word.php?wordid=32736>.

12. Ефремова Т. Ф. Новый словарь русского языка. Толково-словообразовательный. — Москва// Русский язык, 2000, URL: <https://www.efremova.info/word/uvechje.html>.

13. Материал с сайта: URL: <https://ushakovdictionary.ru/word.php?wordid=79081> (дата обращения 2.01.2020).

14. Федеральный закон от 12 января 1995 г. №5-ФЗ «О ветеранах» //Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, № 3, ст. 168; Российская газета, 1995, 25 января, № 19.

15. Федеральный конституционный закон от 30 мая 2001 г. № 3-ФКЗ «О чрезвычайном положении» // «Парламентская газета» от 1–7 июня 2001 г. № 99, «Российская газета» от 2 июня 2001 г. № 105, Собрание законодательства Российской Федерации от 4 июня 2001 г. № 23 ст. 2277.

16. Приказ Министра обороны РФ от 30 декабря 2014 г. № 988 «Об утверждении Инструкции по организации направления военнослужащих

Вооруженных Сил Российской Федерации, проходящих военную службу по контракту, в служебные командировки на территории Российской Федерации» // URL: <http://base.garant.ru/70844664/>.

17. Приказ Министра обороны Российской Федерации от 4 апреля 2017 № 170 «Об утверждении Инструкции по делопроизводству в Вооруженных Силах Российской Федерации» // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71577384/>.

18. Постановление Правительства Российской Федерации от 9 февраля 2004 г. № 65 «О дополнительных гарантиях и компенсациях военнослужащим и сотрудникам федеральных органов исполнительной власти, участвующим в контртеррористических операциях и обеспечивающим правопорядок и общественную безопасность на территории Северо-Кавказского региона Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации от 2004 г. № 7 ст. 535.

19. Приказ Министра обороны Российской Федерации от 31 августа 2005 г. № 200 «Об утверждении Наставления по архивному делу в Вооруженных Силах Российской Федерации» (п.23) // URL: <http://base.garant.ru/190233/>.

20. Куликов В. Какая рана — боевая? // Российская газета. 2016. 22 авг. URL: <https://rg.ru/2016/08/22/v-zakone-predlozhili-propisat-poniatie-voennoj-travmy.html>.

21. Филиппова М. Ю. Дифференциация объема социальных гарантий военнослужащих и их семей в зависимости от обстоятельств получения травмы и (или) причин смерти военнослужащего // Военное право № 3 (39) 2016 с. 39–44.

22. Постановление Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2003 г. № 763 «Об удостоверении ветерана боевых действий» // «Российская газета» от 25 декабря 2003 г. № 259, Собрание законодательства Российской Федерации от 29 декабря 2003 г. № 52 (часть II) ст. 5064.

23. «Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации» от 14 ноября 2002 г. № 138-ФЗ Глава 28 // Собрание законодательства Российской Федерации от 18 ноября 2002 г. № 46, ст.4532.

24. Приказ Министра обороны Российской Федерации от 20 октября 2014 г. № 765 «Об утверждении порядка выдачи справки о травме в Во-

оруженных Силах Российской Федерации, формы справки о травме и правил ее заполнения» // «Российская газета» от 12 декабря 2014 г. № 284.

25. Указ Президента Российской Федерации от 10 ноября 2007 г. № 1495 «Об утверждении общевоинских уставов Вооруженных Сил Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации от 19 ноября 2007 г. № 47 (часть I) ст. 5749.

26. Приказ Министра обороны Российской Федерации от 6 декабря 2019 г. № 727 «Об определении Порядка обеспечения денежным довольствием военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации и предоставления им и членам их семей отдельных выплат» // «Официальный интернет-портал правовой информации» (www.pravo.gov.ru) 16 января 2020 г.

27. «Уголовный кодекс Российской Федерации» от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации от 17 июня 1996 г. № 25 ст. 2954.

28. Федеральный закон от 6 марта 2006 № 35-ФЗ «О противодействии терроризму» // Собрание законодательства Российской Федерации от 13 марта 2006 г. № 11 ст. 1146.

29. Постановление Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации от 7 июля 2006 г. № 219-СФ «Об использовании формирований Вооруженных Сил Российской Федерации и подразделений специального назначения за пределами территории Российской Федерации в целях пресечения международной террористической деятельности» // Собрание законодательства Российской Федерации от 17 июля 2006 г. № 29 ст. 3144.

30. Указ Президента Российской Федерации от 14 июня 2012 г. № 851 «О порядке установления уровней террористической опасности, предусматривающих принятие дополнительных мер по обеспечению безопасности личности, общества и государства» // Собрание законодательства Российской Федерации от 18 июня 2012 г. № 25 ст. 3315.

31. Закон Российской Федерации от 21 января 1993 г. № 4328-1 «О дополнительных гарантиях и компенсациях военнослужащим, проходящим военную службу на территориях государств Закавказья, Прибалтики и Республики Таджикистан, а также выполняющим задачи в условиях чрезвычайного положения и при вооруженных конфликтах» // Ведомости

Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации от 11 февраля 1993 г., № 6, ст. 181, «Российская газета» от 6 февраля 1993 г., № 25.

32. Федеральный закон от 25 июля 2002 г. № 116-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием государственного управления в области пожарной безопасности» // «Парламентская газета» от 30 июля 2002 г. № 142-143, «Российская газета» от 30 июля 2002 г. № 138-139, Собрание законодательства Российской Федерации от 29 июля 2002 г. № 30 ст. 3033.

33. Федеральный закон от 16 мая 1995 г. № 75-ФЗ «О распространении действия Закона Российской Федерации «О дополнительных гарантиях и компенсациях военнослужащим, проходящим военную службу на территориях государств Закавказья, Прибалтики и Республики Таджикистан, а также выполняющим задачи в условиях чрезвычайного положения и при вооруженных конфликтах на военнослужащих, а также лиц рядового и начальствующего состава, курсантов и слушателей образовательных организаций Министерства внутренних дел Российской Федерации, выполняющих и выполнявших задачи в условиях вооруженного конфликта в Чеченской Республике» // URL:<http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&firstDoc=1&lastDoc=1&nd=102035553>.

34. Постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2001 г. № 896 «О зонах вооруженных конфликтов» // «Российская газета» от 5 января 2002 г. № 2, Собрание законодательства Российской Федерации от 31 декабря 2001 г. № 53 (часть II) ст. 5186.

35. Постановление Правительства Российской Федерации от 31 марта 1994 г. № 280 «О порядке установления факта выполнения военнослужащими и иными лицами задач в условиях чрезвычайного положения и при вооруженных конфликтах и предоставления им дополнительных гарантий и компенсаций» // Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации от 11 апреля 1994 г., № 15, ст. 1180.

36. Постановление Правительства Российской Федерации от 9 декабря 1994 г. № 1360 «Об обеспечении государственной безопасности и территориальной целостности Российской Федерации, законности, прав и

свобод граждан, разоружения незаконных вооруженных формирований на территории Чеченской Республики и прилегающих к ней регионов Северного Кавказа» // Собрание законодательства Российской Федерации от 12 декабря 1994 г., № 33, ст. 3454.

37. Постановление Правительства Российской Федерации от 11 декабря 1995 г. № 1210 «Об определении зоны вооруженного конфликта в Чеченской Республике» // Собрание законодательства Российской Федерации от 27 октября 1997 г., № 43, ст. 4988.

38. Литвиненко И. В., Базилевич С. Н., Климов И. А. и др. Военно-врачебная экспертиза военнослужащих с последствиями закрытых черепно-мозговых травм // Военно-медицинский журнал — 2018 — №5 — с. 15–21.

39. Приказ ФСБ России от 18 ноября 2015 г. № 680 «Об утверждении Порядка выдачи справки о травме в органах федеральной службы безопасности, формы справки о травме и правил ее заполнения» // «Официальный интернет-портал правовой информации» (www.pravo.gov.ru) 18 декабря 2015 г., Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти от 8 февраля 2016 г. № 6.

40. Приказ Генпрокуратуры России от 4 июля 2017 г. № 447 «Об утверждении Порядка выдачи справки о травме и (или) направления обращения в военно-врачебную комиссию по вопросу определения причинной связи увечий, заболеваний прокурорских работников и граждан, уволенных из органов, организаций прокуратуры Российской Федерации, с прохождением службы» // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71623162/>.

41. Приказ Росгвардии от 19 апреля 2017 г. № 118 «Об утверждении Порядка выдачи справки о травме в войсках национальной гвардии Российской Федерации, формы справки о травме и Правил ее заполнения»// URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_216781/.

42. Приказ ГТК Российской Федерации от 4 июня 2003 г. № 620 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в таможенных органах Российской Федерации» // «Российская газета» от 5 августа 2003 г. № 154, Бюллетень «Таможенные ведомости», 2003 г., № 9, Приложении к «Российской газете» — «Новые законы и нормативные акты», 2003 г., № 32.

43. Храпылина Л. П., Корякин С. В., Кабалин А. П., Дацко А. В. О профессиональном стандарте специалиста по военно-врачебной экспертизе // Военно-медицинский журнал — 2019 — № 11 с. 17–25.

44. Указание Минсоцзащиты Российской Федерации от 20 ноября 1992 г. № 1-103-У «Об определении причины инвалидности бывшим партизанам Великой Отечественной войны» (Зарегистрировано в Минюсте Российской Федерации 20.11.1992 № 92) // http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_16223/.

45. Указ Президента Российской Федерации от 25 мая 1992 г. № 521 «О порядке установления инвалидности бывшим военнослужащим, выполнявшим воинский долг в период Великой Отечественной войны в тылу противника» // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации от 4 июня 1992 г., № 22, ст. 1214.

46. Указ Президента Российской Федерации от 5 мая 1993 г. № 596 «О порядке установления инвалидности лицам, принимавшим участие в боевых действиях в составе партизанских частей и соединений в период Великой Отечественной войны в тылу противника» // Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации от 10 мая 1993 г., № 19, ст. 1684.

47. Приказ Минздрава России от 18 декабря 2015 г. № 933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)» // «Официальный интернет-портал правовой информации» (www.pravo.gov.ru) 15 марта 2016 г., «Российская газета» от 23 марта 2016 г. № 60.

48. Постановление Правительства Российской Федерации от 4 ноября 2004 г. № 592 «Об утверждении Перечня заболеваний, возникновение или обострение которых обусловлено воздействием радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, аварии в 1957 г. на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча» // «Российская газета» от 9 ноября 2004 г. № 247, Собрание законодательства Российской Федерации от 8 ноября 2004 г. № 45 ст. 4443.

49. Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 21 апреля 2005 г. № 289 «Об утверждении Положения о межведомственном экспертном совете по установлению причинной связи заболеваний, инва-

лидности и смерти граждан, подвергшихся воздействию радиационных факторов» // Российская газета, № 121, 08.06.2005; Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти, № 23, 06.06.2005.

50. Закон Российской Федерации от 15 мая 1991 г. № 1244-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» // «Ведомостях Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации» от 23 мая 1991 г., № 21, ст. 699.

51. Федеральный закон от 7 ноября 2011 г. № 306-ФЗ «О денежном довольствии военнослужащих и предоставлении им отдельных выплат» // «Российская газета» от 9 ноября 2011 г. № 251, Собрание законодательства Российской Федерации от 7 ноября 2011 г. № 45 ст. 6336, «Официальный интернет-портал правовой информации» (www.pravo.gov.ru) 10 ноября 2011 г.

52. Закон Российской Федерации от 12 февраля 1993 г. № 4468-1 «О пенсионном обеспечении лиц, проходивших военную службу, службу в органах внутренних дел, государственной противопожарной службе, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы, и их семей» // «Российская газета» от 26 февраля 1993 г., Ведомости Съезда народных депутатов РФ и Верховного Совета РФ от 4 марта 1993 г., № 9, ст. 328.

53. Федеральный закон от 15 декабря 2001 г. № 166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации» / СЗ РФ, 2001, № 51, ст. 4831; Парламентская газета, 2001, 20 декабря, № 238–239; Российская газета, 2001, 20 декабря, № 247.

54. Постановление Правительства Российской Федерации от 28 июля 2008 г. № 574 «Об утверждении Положения о независимой военно-врачебной экспертизе» // «Российская газета» от 6 августа 2008 г. № 165, Собрание законодательства Российской Федерации от 4 августа 2008 г. № 31 ст. 3744.

55. Указ Президента Российской Федерации от 16 сентября 1999 г. № 1237 «Вопросы прохождения военной службы» // «Российская газета» от 28 сентября 1999 г. № 191, от 29 сентября 1999 г. № 192, Собрание за-

конодательства Российской Федерации от 20 сентября 1999 г. № 38 ст. 4534.

56. Постановление Правительства Российской Федерации от 20 апреля 1995 № 390 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе» // Собрание законодательства Российской Федерации от 8 мая 1995 г. № 19 ст. 1758, «Российская газета» от 13 мая 1995 г.

57. Гражданский кодекс Российской Федерации от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ // «Российская газета» от 8 декабря 1994 г. № 238–239, Собрание законодательства Российской Федерации от 5 декабря 1994 г. № 32 ст. 3301.

58. Приказ Министра обороны Российской Федерации от 24 декабря 2015 г. № 833 «Об организации в Министерстве обороны Российской Федерации обязательного государственного страхования жизни и здоровья военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации и граждан, призванных на военные сборы» // «Официальный интернет-портал правовой информации» (www.pravo.gov.ru) 25 марта 2016 г., Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти от 9 мая 2016 г. № 19.

59. Приказ Министра обороны Российской Федерации от 14 октября 2015 г. № 615 «Об определении форм документации (кроме унифицированных форм медицинской документации), необходимых для деятельности военно-врачебных комиссий, созданных в Вооруженных Силах Российской Федерации» // «Официальный интернет-портал правовой информации» (www.pravo.gov.ru) 17 ноября 2015 г.

60. Зоря В. И., Скороглядов А. В., Морозов А. А., Лазишвили Г. Д. Алгоритм диагностики и лечения травматических вывихов голени в остром периоде травмы / Пироговский форум с международным участием «Хирургия повреждений, критические состояния. Спаси и сохрани»: сборник материалов/ редкол.: В. И. Зоря и др. // ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России. — Воронеж: ИПЦ «Научная книга», 2017. — с. 104–108.

61. Котельников Г. П. Травматология: национальное руководство / Г. П. Котельников, С. П. Смирнов. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2008. — с.115, 49, 53–54, 59, 402, 23, 89, 97–98, 40–41, 426.

62. Миронов С. П., Орлецкий А. К., Цыкунов М. Б. Повреждения связок коленного сустава / М.: Лесар, 1999, 208 с., с. 105.
63. Зойкин В. Ф., Павловичев С. А., Муллабаев А. А. Способ диагностики посттравматической функциональной нестабильности коленного сустава / Патент на изобретение // Оренбургская государственная медицинская академия 1998 г., с. 4.
64. Чмутов А. М., Сколова В. А., Астапенков Д. С. Функциональная магнитно-резонансная томография при передней нестабильности коленного сустава // Травматология и ортопедия, 2013–2, с. 84–87.
65. Котельников Г. П., Чернов А. П., Измалков С. Н. Нестабильность коленного сустава / Монография // Самара. Самарский Дом печати — 2001 г. — 232 с., с. 59.
66. Хоминец В. В., Рикун О. В., Федоров Р. А., Абрамов Г. Г., Гамолин С. В., Гранкин А. С., Федотов А. О. Значение ранней диагностики в лечении нестабильности коленного сустава у военнослужащих // Военно-медицинский журнал № 3, 2015 с. 26–31
67. Кудряшов А. Л., Брижань Л. К., Корякин С. В., Петрова О. Н. и др. Методические рекомендации по оформлению клинико-экспертных заключений при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата у военнослужащих / под ред. Хоминец В. В., Чаплык А. Л. // М.: ГВМУ МО РФ, 2017, с. 18–19.
68. Рыбалко Д. Ю., Самоходова О. В., Вагапова В. Ш. Прочностные свойства менисков коленного сустава человека в возрастном и половом аспектах // Морфология — 2009 — с. 122.
69. Рыжова Н. С., Матвеева К. Е. Повреждения менисков // Кемеровский государственный университет. с. 5–6.
70. Бабуркина Е. П., Карпинская Е. Д. Клиническая характеристика патологии менисков различного генезиса // Ортопедия, травматология и протезирование 2011 — № 1, с. 40–46.
71. Бакарджиева А. Н., Дьячков К. А. МРТ и УЗИ-параллели в оценке внутрисуставных структур у больных с закрытыми повреждениями коленного сустава // Гений ортопедии №2 — 2010 г. — с. 96–102.
72. Брюханов А. В., Васильев А. Ю. Магнитно-резонансная томография в диагностике повреждений менисков и связок коленного сустава // Медицинская визуализация № 2 — 2005 — с. 124–133.

73. Карасев Е. А. Оперативное лечение больных с закрытыми переломами надколенника с применением артроскопических технологий // Гений ортопедии № 1 — 2011 г. — с. 145–151.

74. Хиджазин В. Х., Солод Э. И., Абдулхабирова М. А., Карпович Н. И. Новое в лечении переломов надколенника // Вестник РУДН — 2018 — № 4 — с. 456–463.

75. Федоров В. Г. Импрессионные переломы костей нижних конечностей. Определение, классификация, тактика лечения. Книга 1 // ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России — 2014 г., с. 5–7.

76. Дьячкова Г. В., Дьячков К. А., Корабельников М. А., Бакарджиева А. Н., Карасева Т. Ю. Роль МРТ и УЗИ в оценке структур коленного сустава при внутрисуставных переломах // Гений ортопедии — № 2 — 2013 г. — с. 31–35.

77. Парфенов В. О., Борисов О. В. Информативность лучевых методов диагностики при визуализации стопы / Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2018 г. — с. 550–553.

78. Карусинов П. С. Магнитно-резонансная томография при повреждениях связочных структур коленного сустава / Бюллетень ВСНЦ СО РАМН — 2014 г. — № 3(97) — с. 30–34.

79. Лихтерман Л. Б. Классификация черепно-мозговой травмы. Часть II. Современные принципы классификации ЧМТ // Судебно-медицинская экспертиза, том 1, № 3, 2015, с. 37–48.

80. Потапов А. А., Лихтерман Л. Б., Кравчук А. Д., Корниенко В. Н., Захарова Н. Е., Ошоров А. В., Филатова М. М. Современные подходы к изучению и лечению черепно-мозговой травмы // Клиническая неврология, том 4, № 1, 2010 — с. 4–12.

81. Акимкина А. М., Гончаров Е. Н., Родионов А. В., Знаменский И. А. Возможности магнитно-резонансной томографии в диагностике нестабильности плечевого сустава // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке» №4, 2012 том 14 — с. 499–503.

82. Неверов В. А., Трачук А. П., Кузнецов И. А., Ненашев Д. В., Джиеле Ф., Перетяка А. П. Современный взгляд на лечение больных с травматическим вывихом плеча // Вестник хирургии т. 166 № 2 — 2007 — с. 51–54.

83. Симонян А. Г. Травматическая нестабильность плечевого сустава: патогенез, диагностика, принципы лечения // М.: Первый МГМУ им. И. М. Сеченова. Кафедра травматологии и ортопедии, №4 (16) — 2015 — с. 8–11.

84. Даниленко О. А., Макаревич Е. Р. Повреждения ротаторно-бицепитального комплекса при хронической посттравматической нестабильности плечевого сустава // Респ. Беларусь, Минск, Кафедра травматологии и ортопедии Белорусский государственный медицинский университет, № 4 (34) 2018 — с. 51–58.

85. Матвеев Р. П., Петрушин А. Л. Вопросы классификации и терминологии открытых повреждений кисти // Травматология и ортопедия России, 2011 — 2, с. 191–198.

Об авторах

С. В. Корякин — начальник отдела Главного центра военно-врачебной экспертизы Министерства обороны Российской Федерации, подполковник медицинской службы;

А. П. Кабалин — врач-методист Главного центра военно-врачебной экспертизы Министерства обороны Российской Федерации, Заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, доцент, полковник медицинской службы в отставке;

А. В. Дацко — начальник Главного центра военно-врачебной экспертизы Министерства обороны Российской Федерации — Главный военно-врачебный эксперт Министерства обороны Российской Федерации, полковник медицинской службы;

О. Н. Петрова — начальник отдела Главного центра военно-врачебной экспертизы Министерства обороны Российской Федерации, подполковник медицинской службы;

В. С. Вовкодав — начальник отдела Главного центра военно-врачебной экспертизы Министерства обороны Российской Федерации, Заслуженный работник здравоохранения РФ, кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы;

В. А. Мурзин — кандидат юридических наук, полковник юстиции запаса, ведущий юрисконсульт Главного центра военно-врачебной экспертизы Министерства обороны Российской Федерации (2014), директор НИЦ РСВА.

Оглавление

Список сокращений	3
Введение	4
Глава 1. Роль и значение военно-врачебная экспертизы в вопросах медико-социального обеспечения граждан, проходящих (проходивших) военную службу	5
Глава 2. Практические аспекты заочной военно-врачебной экспертизы	10
2.1 Цели и задачи заочной ВВЭ	11
Глава 3. Определение причинной связи увечий, заболеваний у граждан с прохождением военной службы	15
3.1. Определение причинной связи увечий, заболеваний у граждан с военной травмой	21
3.2. Определение причинной связи заболеваний у военнослужащих, граждан, проходивших военную службу, принимавших участие в работах по ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС	54
Глава 4. Деятельность военно-врачебной комиссии по проверке обоснованности, пересмотру заключений в связи с вновь открывшимися обстоятельствами, организации контрольного медицинского обследования и повторного медицинского освидетельствования	66
Глава 5. Медицинское освидетельствование в целях определения категории годности граждан, уволенных с военной службы, на момент увольнения с военной службы	70
Глава 6. Медицинское освидетельствование военнослужащих в целях определения степени тяжести увечья	75
6.1. Порядок оформления заключений военно-врачебных комиссий о степени тяжести увечий	80

6.2. Применение перечня увечий при отдельных травмах	81
6.2.1. Травмы коленных суставов	82
6.2.2. Краевые переломы костей	100
6.2.3. Импрессионные переломы	101
6.2.4. Травмы черепа	104
6.2.5. Травмы плечевого сустава	106
6.2.6. Разрывы мышц, сухожилий	110
6.2.7. Другие травмы	112
Заключение	119
Список источников	120
Об авторах	132

Учебное издание

С. В. Корякин; А. П. Кабалин; А. В. Дацко;
О. Н. Петрова; В. С. Вовкодав, В. А. Мурзин

ВОЕННО-ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА

В трех частях

Часть 3

Практические аспекты заочной военно-врачебной экспертизы

Подписано в печать 06.07.2021. Формат 60*84 1/16.

Печ. л. 8,5. Тираж 500 экз. Заказ № 60.

Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии Издательства
Московского гуманитарного университета
111395, Москва, ул. Юности, 5