

УГОЛОВНОЕ ПРАВО И ПРОЦЕСС, КРИМИНАЛИСТИКА, КРИМИНОЛОГИЯ

УДК 343.4+616

ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ЖИЗНИ КАК ПРИЗНАК УМЫШЛЕННОГО ПРИЧИНЕНИЯ ТЯЖКОГО ТЕЛЕСНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ

Т.Г. ТЕРЕЩЕНКО

(Академия МВД Республики Беларусь, Минск)

Рассматривается оценка одного из признаков тяжкого телесного повреждения – опасности для жизни. Проводится анализ соответствующих медицинских критериев признака, описываемых в «Правилах судебно-медицинской экспертизы характера и тяжести телесных повреждений в Республике Беларусь» 1999 года с позиции их соответствия международным медицинским документам. Вносятся предложения по совершенствованию терминологического языка и обновлению медицинских критериев признака.

Особенностью диспозиции статьи 147 Уголовного кодекса Республики Беларусь (далее – УК) является указание на общественно опасные последствия, которые выступают обязательным признаком объективной стороны состава преступления. Одно из таких последствий и есть опасное для жизни повреждение, которое объективно может привести к смерти организма как в момент причинения вреда, так и по прошествии какого-либо промежутка времени.

Несмотря на закрепление в УК опасности для жизни как признака тяжкого телесного повреждения, уголовный закон не поясняет его содержание ввиду неправового происхождения и отсутствия прямой надобности производить это в тексте кодекса. Получить представление о таковых мы можем при обращении к медицинским «Правилам судебно-медицинской экспертизы характера и тяжести телесных повреждений в Республике Беларусь» (далее – Правила 1999 г.) [1], о которых поясняется в подпунктах «а – с» пункта 6.

В правовой, медицинской, комментирующей литературе довольно длительный период времени велись споры об отнесении тех или иных травм к тяжким телесным повреждениям по признаку их опасности для жизни. Например, Б. Кузнецов и В. Орехов еще более полувека назад определяли критерий опасности для жизни исходя из характера используемого виновным оружия, области расположения повреждений, способа действия преступника и т.д. [2, с. 45]. И только с принятием медицинских Правил 1961 года впервые были четко регламентированы критерии для отнесения травм к тяжким телесным повреждениям по признаку их опасности для жизни с позиции клинической медицины.

В ныне действующих медицинских Правилах 1999 года также приводится обстоятельный перечень таких травм, при формулировании и обосновании которых клиницисты используют понятие «угрожающее жизни состояние». Согласно данному определению вред по своему характеру непосредственно создает угрозу для жизни (в момент его причинения) или же вызывает развитие состояния, угрожающего жизни (терминальное состояние) [3, с. 134 – 135]. Однако в связи с непрерывным развитием медицинской науки закономерно возникает вопрос: соответствует ли содержание указанного нормативного правового акта международным медицинским документам, чему и будет посвящена настоящая работа. Ведь основа правильной квалификации правоведами содеянного строится, в том числе, и на заключении судебно-медицинского эксперта, который при оценке вреда здоровью руководствуется указанными Правилами 1999 года.

Основная часть. В первую очередь при анализе текста Правил 1999 года обращает на себя внимание тот факт, что повреждения, непосредственно создающие угрозу для жизни, и повреждения, сопровождающиеся угрожающими для жизни состояниями, в тексте нормативного правового акта не разделены, что существенно затрудняет возможность пользования данным видом классификации. Однако описанное положение является далеко не единственным недостатком Правил 1999 года. Повреждения, болезни, состояния по своим описательным признакам в целом не отвечают требованиям, предъявляемым Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10) [4]. Данная классификация используется для преобразования словесной формулировки диагнозов болезней (травм) в буквенно-цифровые коды на основании рекомендаций ВОЗ (вступили в законную силу в Республике Беларусь с 2002 года).

Согласно МКБ-10 все повреждения в виде «ранений», повсеместно используемые в Правилах 1999 года (п.п. «а», «д», «л», «н», «о» п. 6), должны быть заменены понятием «рана». Хотя и в том, и другом случае речь идет только о механическом разъединении тканей.

В подпункте «а» Правила 1999 года относят к тяжким телесным повреждениям проникающие раны головы, в том числе и без повреждения мозга. С клинической точки зрения данного рода травма опасна ввиду проникновения в полость черепа (с повреждением кожи, тканей), развития кровотечений, нарушения функций мозга, инфекционных осложнений. Однако, присоединяясь к мнению ведущих медицинских экспертов, полагаем, что в первоначальную формулировку данного признака следует внести уточнение – «независимо от места входного отверстия раны», поскольку причинение тяжкого телесного повреждения имеет место в любом случае проникновения в полость черепа, в том числе и через естественные проходы (например, нос, уши, рот), на чем неоднократно акцентировалось внимание медиками в соответствующей литературе [5, с. 122 – 123].

Открытые и закрытые переломы костей свода и основания черепа (п.п. «б») объективно причислены к тяжким телесным повреждениям, поскольку создают опасность для инфицирования и сопровождаются наружным кровотечением. Изолированные же переломы указанных компонентов не расцениваются как опасные для жизни, так как не ведут к развитию внутричерепных инфекционных процессов и гематом. При этом Правила 1999 года упоминают лишь о трещинах наружной пластины свода черепа, не затрагивая решетчатую и основную кости [6, с. 84 – 85]. С позиции медицинской науки представляется правильным конкретизировать указанный признак путем уточнения: «за исключением изолированных переломов (трещин) костей, не участвующих в формировании мозгового черепа». В Правилах 1999 года не перечислены также конкретные кости лицевого черепа, которые должны быть исключены из перечня опасных для жизни повреждений (носа, нижней стенки глазницы, скуловой кости и т.д.).

Ушиб головного мозга (п.п. «в») является наиболее сложной формой его повреждения, однако не единственным видом травмы согласно МКБ-10, отнесенным к категории тяжких телесных повреждений. В настоящее время разнообразие по этиологии травмы головы (диффузная травма, размождение мозга, кровоизлияния) объединены единым понятием «внутричерепная травма». Следует оговориться, что отнесение в Правилах 1999 года ушиба головного мозга средней тяжести к тяжким телесным повреждениям клиницисты определяют лишь условно, поскольку его симптоматика (вторичные кровоизлияния) может проявиться не сразу, а спустя некоторое время, или не проявиться вовсе [3, с. 134].

Проникающие раны шеи (п.п. «л») с повреждением глотки, гортани, трахеи, пищевода согласно МКБ-10 следует дополнить повреждением полости щитовидной железы. Классификатор относит данную травму к опасным для жизни ввиду невозможности проведения четкой границы между поверхностным и глубоким ранением этого органа вследствие заполнения дыхательных путей кровью. Также ряд авторов полагают целесообразным конкретизировать описываемый признак телесного повреждения формулировкой: «независимо от локализации входного отверстия раны», поскольку важно повреждение именно органов шеи, а не место внешнего воздействия [7, с. 33].

В отличие от Правил 1999 года (п.п. «м»), МКБ-10 содержит расширенный перечень переломов хрящей гортани, включая переломы трахеи, щитовидного, перстневидного и других хрящей (за исключением подъязычной кости). Отнесение таковых повреждений к опасным для жизни условно, поскольку они могут привести к расстройству дыхания, гипоксии (кислородному голоданию) или не дать осложнений [7, с. 35]. Перечень данных осложнений в Правилах 1999 года вновь не конкретизирован.

Подпункты «е», «и» Правил 1999 года содержат в себе два вида травмы: перелом-вывих и перелом (тела, дуг, шейных, грудных, поясничных позвонков). Нормативный правовой акт не фиксирует повреждения отдельными подпунктами (переломы и вывихи каждого сегмента позвоночника), что не соответствует систематике травм в МКБ-10, хотя перечисленные травмы объективно без каких-либо ограничений отнесены разработчиками к группе повреждений, создающих непосредственную угрозу для жизни. Опасность состоит в том, что даже при небольших движениях позвоночника в его отделах возможно смещение позвонков с быстрым летальным исходом. Однако перечень повреждений, описываемых в данном подпункте, не исчерпывающий и должен быть дополнен некоторыми видами, такими как: «множественные переломы шейных позвонков» (S12.70), «травматический разрыв межпозвоночного диска на уровне шейного или грудного отделов с симптомами сдавления спинного мозга» (S13.0; S23.0), «травматический разрыв межпозвоночного диска в поясничном (пояснично-крестцовом) отделе с синдромом «конского хвоста» (S33.0) и т.д.

Правила 1999 года, описывая закрытые повреждения спинного мозга, грудных, поясничных, крестцовых сегментов (п.п. «з», «к»), не конкретизируют характер травм, в отличие от международного классификатора. Последний содержит следующие виды: ушиб шейного отдела спинного мозга, изолированный ушиб спинного мозга в шейном отделе позвоночника при нарушении функций спинного мозга на этом уровне (за исключением сотрясения спинного мозга), ушибы спинного мозга на уровне каждого отдела позвоночника, за исключением сотрясения позвоночного столба.

Причинение повреждений (ран) грудной клетки, живота, их полостей, забрюшинного пространства, полости таза непосредственно создает угрозу для жизни быстро возникающими кровотечениями, скоплениями воздуха и крови в полостях (пневмоторакс, гемоторакс), остановкой сердечной деятельности и т.д.

(п.п. «н», «о», «п»). Однако указанные травмы внутренних органов не расположены в соответствии с классификатором по полостям (грудная, брюшная, таза) и не содержат конкретные виды повреждений отдельных органов. Помимо этого, некоторые травмы (проникающие раны среднего отдела прямой кишки, кровоизлияния под капсулу и т.д.) могут быть отнесены к непосредственно создающим угрозу для жизни лишь условно, так как не всегда способны причинять смерть, но могут повлечь за собой шок или гнойные осложнения [6, с. 45 – 46].

Повреждения костей таза (различного рода переломы: односторонние, двусторонние, вертикальные и т.д.) по своему характеру создают угрозу для жизни (п.п. «с»). Для перечисленных повреждений характерны кровопотери, травматический шок, жировая эмболия и т.д. [8, с. 14]. Но разработчики ограничились лишь формальным указанием на травму без конкретизации как видов переломов, так и самих составных костей таза (седалищные, тазовые полукольца и т.д.), что не соответствует международному классификатору.

Повреждения, комментируемые Правилами 1999 года в п.п. «у», касаются крупных кровеносных сосудов (аорт, артерий и вен – S 35.0), опасность для жизни которых обусловлена сильными кровотечениями, воздушными эмболиями, всегда требующими оказания неотложной медицинской помощи. Однако при описании как самих повреждений, так и видов сосудов Правила 1999 года описывают лишь частичные признаки, что не отвечает требованиям МКБ-10. Классификатор приводит исчерпывающий перечень крупных кровеносных сосудов (аорты, сонной артерии, подключичной, яремной вен и т.д.), повреждение которых путем разрыва, отрыва, рассечения, аневризмы (расширение сосуда) объективно может привести к гибели организма ввиду опасных кровотечений.

Отдельно Правила 1999 года описывают повреждения в виде термических ожогов, отморожений, ожогов химическими соединениями (п.п. «ф – х»), опасность для жизни которых зависит от сочетания их степени с площадью поражения тела (согласно установленным показателям в процентном и степенном выражении). Однако ряд клиницистов полагают, что площадь ожогов, при которых повреждение может быть отнесено к категории опасных для жизни, завышена и не соответствует данным экспертной практики и стационарным наблюдениям. Так, по результатам исследования ожогового отделения Института хирургии им. Вишневского, летальность при глубоких ожогах до 10 % поверхности тела составляет 0,7 %; при площади ожога от 10 до 19 % – уже 13,9 % и превышает в разы смертность от механических травм. Вследствие этого эксперты предлагают скорректировать показатели, начиная с которых ожоги следует расценивать как опасные для жизни, т.е. при поражении тела более 10 %, 15 %, 20 % соответственно III – IV, III, II степени [6, с. 110 – 111].

При анализе медицинской литературы можно также встретить комментарии авторов, которые рекомендуют относить к тяжким телесным повреждениям лучевые поражения, электрические и лучевые ожоги при наличии угрожающих жизни состояний [6, с. 111]. Данные виды травм Правила 1999 года не содержат.

Обращаясь к опыту российских экспертов, пункт 6.1.27 «Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» [9] содержит очень важный, на наш взгляд, признак тяжелого телесного повреждения, определяемый как «гупая травма рефлексогенных зон». К таковым зонам согласно медицинским данным относят области гортани, каротидных синусов, солнечного сплетения, наружных половых органов. Описываемый пункт правил применяется в случаях наступления смерти или при стойком нарушении деятельности сердечно-сосудистой системы, потребовавшей экстренной медицинской помощи. Нанесение же даже незначительных ударов в рефлексогенные зоны создает непосредственную угрозу для жизни опасностью нарушения артериального давления вплоть до остановки сердца. Как правило, в данном случае экспертное решение кладется в основу обвинения, так как позволяет установить умысел виновного, направленный именно на причинение смерти лица. К сожалению, Правила 1999 года подобного рода травмы не упоминают.

Ко второй группе травм, опасных для жизни человека, Правила 1999 года относят такие, которые повлекли за собой угрожающие жизни состояния. Как комментируют сами эксперты, при оценке вреда здоровью основным является решение вопроса об установлении прямой причинной связи между травмой и наступившим последствием. Как правило, установление таковой не вызывает затруднений при наступлении осложнений в ближайшее время после нанесения повреждений, так называемые «ближайшие осложнения». Например, повреждение яремной вены влечет за собой массивную кровопотерю, что без оказания помощи приведет к летальному исходу. Имеется прямая связь: травма – кровопотеря – смерть. В этом случае сам временной фактор устраняет возможность влияния других причин на развитие и течение травматического процесса.

Наибольшие проблемы при оценке причинной связи имеются при так называемых «поздних (отдаленных) осложнениях». К таковым клиницисты относят: сепсис (гниение), флегмону (воспаление), тромбоземболию (закупорка кровеносного сосуда) [6, с. 112]. Сама патогенетическая связь может носить случайный характер. Например: ушибленная рана волосистой части головы без оказания помощи влечет за

собой гнойную инфекцию (сепсис). Прослеживается цепочка: рана – источник для различного рода инфекций с последующей генерализацией раневой инфекции. Установить прямую причинную связь нельзя в связи с тем, что подобные повреждения обычно заканчиваются выздоровлением. Развитие осложнений, как правило, связано с низким уровнем иммунитета пострадавшего, несоблюдением элементарных правил гигиены либо преднамеренной аггравацией (от латинского *aggravatio* – отягощение, утяжеление), например, социально неадаптированными людьми (БОМЖами). С этой же позиции эксперты предлагают подходить к оценке повреждений по критерию утраты общей трудоспособности, что, на наш взгляд, правильно, ввиду того, что в некоторых случаях неблагоприятный исход может быть обусловлен врачебными ошибками, индивидуальными особенностями организма, не связанными с травмой, иными факторами.

Согласно Правилам 1999 года к угрожающим жизни состояниям относятся: шок тяжелой степени, массивная кровопотеря, вызвавшая коллапс, жировая и газовая эмболии, токсикоз на фоне почечной недостаточности (п.п. «т»).

Так, клиницисты различают в зависимости от тяжести течения торпидной фазы шока (вялое, замедленное течение) 4 степени, при этом как шок тяжелой степени (III), так и крайне тяжелой степени (IV) может привести к летальному исходу. Но Правила 1999 года о последней степени шока ничего не говорят. Аналогично не имеется указаний относительно состояния глубокого угнетения функций центральной нервной системы, сопровождающегося потерей сознания, утратой реакции на внешние раздражители, расстройством регуляции функций организма (кома). С медицинской точки зрения к угрожающим для жизни состояниям относится кома II и III степеней [10, с. 120].

Применительно к признаку кровопотери, как правило, в судебной медицине различают две самостоятельные причины смерти: острая кровопотеря и массивная (обильная) кровопотеря. Первый вид опасен быстрым истечением крови из сосудов крупного калибра, что приводит к фибрилляции желудочков с остановкой сердца [11, с. 47]. Правила 1999 года о данном виде кровотечения ничего не поясняют. Второй тип кровопотери менее опасен, но может привести к тахикардии (увеличение частоты сердечных сокращений), цианозу (синюшная окраска кожи) и летальному исходу. Напрямую с данным признаком связана неспособность сердца обеспечить адекватное кровоснабжение органов и тканей (сердечная недостаточность), возникновение которой может быть связано как с повреждениями, так и с патологическим изменением сердца и сосудов. Угрожающим для жизни состоянием является острая форма недостаточности (сердечной, сосудистой или в их сочетании), что отражается на мозговом кровообращении, вследствие чего возникают коллапсы и обмороки. Правила 1999 года данные виды повреждений не описывают.

Одним из видов угрожающих для жизни состояний является также почечная, печеночная, надпочечниковая недостаточность в острой форме и панкреонекроз (острый панкреатит). Особенность данных состояний проявляется во временном факторе. Как правило, развиваются в значительный период времени после травмы. Опасность состояний выражается в нарушении обменных процессов вплоть до развития комы. Однако Правила 1999 года упоминают лишь один из видов недостаточности (почечной), необоснованно умалчивая о других не менее опасных для жизни состояний.

На фоне повреждения внутренних органов (открытые травмы) нередко развиваются различного рода интоксикации организма (сепсис, перитонит, гнойный плеврит, флегмона), обусловленные попаданием в ткани гноеродных организмов. Указанные осложнения не включены в перечень Правил 1999 года.

Правила 1999 года необоснованно обошли стороной также отравления химическими и биологическими веществами острой формы, в том числе: наркотиками, психотропными веществами, снотворными препаратами, алкоголем или его суррогатами, техническими жидкостями, токсическими металлами, газами, пищей. Международный классификатор предусматривает все группы веществ, отравления которыми встречаются в медицинской практике. Опасность последних проявляется в различной клинической форме: сердечной недостаточности, угнетении нервной системы, гнойно-септических состояниях.

К тяжким телесным повреждениям по признаку угрожающих для жизни состояний классификатор также относит: последствия общего воздействия высоких или низких температур, высокого или низкого давления и других неблагоприятных форм воздействия (обезвоживание, истощение, перенапряжение организма). Признаком опасного для жизни вреда здоровью является не сам факт появления описываемых повреждений, а их выраженность и значимость для сохранения жизни человека, например: затруднение кровообращения, нарушение сердечного ритма (фибрилляции), дыхательная недостаточность с гипоксией мозга и т.д. Однако указанные состояния не описаны в Правилах 1999 года.

Подводя итог вышесказанному, можно сделать следующие **выводы:**

1) перечень травм, приведенный в Правилах 1999 года по признаку их непосредственной опасности для жизни и по развитию угрожающих для жизни состояний, исчерпывающим считать нельзя, поскольку нормативный правовой акт по своему содержанию и описательным характеристикам травм имеет ряд существенных несоответствий как Международному классификатору болезней 10-го пересмотра, так и рекомендациям ведущих специалистов (экспертов) в области судебно-медицинской экспертизы;

2) предотвращение развития терминального состояния в результате оказания медицинской помощи наряду с индивидуальными особенностями организма в случае возникновения «поздних (отдаленных) осложнений» и иные неблагоприятные факторы (например, врачебные ошибки) не должны приниматься в расчет при оценке вреда здоровью. Для оценки тяжести телесных повреждений в таких случаях может применяться признак утраты трудоспособности свыше 1/3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Правила судебно-медицинской экспертизы характера и тяжести телесных повреждений в Республике Беларусь: приложение № 2 к Приказу Белорусской государственной службы судебно-медицинской экспертизы 01.07.1999, № 38-с // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2001. – № 10/45.
2. Кузнецов, Б. Уточнить понятие тяжких телесных повреждений / Б. Кузнецов, В. Орехов // Советская юстиция. – 1958. – № 1. – С. 45 – 47.
3. Основы реаниматологии / под ред. В.А. Неговского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: «Медицина», 1975. – 360 с.
4. Международный классификатор болезней 10-го пересмотра [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mkb10.ru/>. – Дата доступа: 29.08.2011.
5. Козлов, В.В. Судебно-медицинское определение тяжести телесных повреждений / В.В. Козлов. – Изд-во Саратовского ун-та, 1976. – 161 с.
6. Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью / В.А. Клевно [и др.]. – М.: Гэотар-Медиа, 2009. – 301 с.
7. Волксоне, В.Я. Не смертельная закрытая травма гортани / В.Я. Волксоне, О.В. Явербаум // Современные методы исследования судебно-медицинских объектов: сб. науч. тр. – Рига, 1979. – С. 32 – 35.
8. Бутовский, Д.И. Роль забрюшинных гематом в танатогенезе при травмах таза / Д.И. Бутовский // Журнал судебно-медицинской экспертизы. – 2003. – № 4. – С. 14 – 16.
9. Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: Постановление Правительства Рос. Федерации 17.08.2007 № 522 (ред. от 17.11.2011) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc>. – Дата доступа: 14.05.2012.
10. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. – М.: Антидор, 2001. – Т. 2. – 348 с.
11. Бастуев, Н.В. Микроскопическая дифференциальная диагностика острой и обильной кровопотери / Н.В. Бастуев, И.В. Паньков, П.И. Успенский // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – Новосибирск, 1997. – Вып. 2. – С. 47 – 48.

Поступила 17.09.2012

DANGER TO LIFE AS A SIGN OF INTENTIONAL INFLICTION OF GRIEVOUS BODILY HARM

T. TERESHENKO

The article deals with one of the signs of serious bodily injury – life-threatening injuries. The analysis of the relevant medical criteria of the feature described in “Rules of forensic nature and severity of injuries in the Republic of Belarus” in 1999, from the perspective of compliance with the latest international medical practice is made. Proposals to improve terminology and update medical criteria of the sign are given.