

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра



Д.Л. Пиневиц

2012г.

Регистрационный № 179-1212

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ УТРАТЫ ОБЩЕЙ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ
С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: ГУ «Республиканский научно-практический
центр медицинской экспертизы и реабилитации»

Авторы: профессор, д.м.н. В.Б. Смычек, к.м.н. И.Я. Чапко,
д.м.н. А.Н. Филиппович, Н.В. Стахейко, Т.В. Черевко, В.А. Милькота

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневич
20.12.2012
Регистрационный № 179-1212

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ УТРАТЫ ОБЩЕЙ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ
С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. В.Б. Смычек, канд. мед. наук И.Я. Чапко, д-р мед. наук А.Н. Филиппович, Н.В. Стахейко, Т.В. Черевко, В.А. Милькота

Минск 2012

Настоящая инструкция по применению (далее — инструкция) предназначена для экспертной оценки степени утраты общей и профессиональной трудоспособности пациентов с последствиями черепно-мозговых травм (чмт) в аспекте задач, решаемых медицинской экспертизой.

Область применения: медицинская экспертиза пациентов с черепно-мозговой травмой.

Уровень внедрения: потребителями инструкции являются врачи-специалисты медико-реабилитационных экспертных комиссий, врачебно-консультационных комиссий поликлиник, страховых организаций, а также другие врачи-специалисты, занимающиеся оценкой ущерба, нанесенного здоровью пострадавшего в результате черепно-мозговой травмы. Инструкция может быть использована для определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, при производстве медицинской экспертизы в гражданском, административном и уголовном судопроизводстве на основании определения суда, постановления судьи, лица, производящего дознание, следователя.

Профессиональная трудоспособность — это способность человека работать в условиях производства или службы. При этом имеется в виду труд как физический, так и умственный, квалифицированный и неквалифицированный.

Общая трудоспособность — это способность к выполнению широкого круга простейших трудовых процессов, как правило, ограниченных бытовыми нуждами (самостоятельно передвигаться, готовить пищу, сохранять в порядке жилье, имущество, одежду, осуществлять уход за животными и др., которые относятся к категории самообслуживания).

Способность к самообслуживанию — способность самостоятельно справляться с основными физиологическими потребностями, выполнять повседневную бытовую деятельность и сохранять навыки личной гигиены, обеспечивающая эффективное независимое (в соответствии с возрастными особенностями) существование в окружающей среде.

Объектом медицинской экспертизы при определении общей и профессиональной трудоспособности являются живое лицо (пациент), а также материалы дела и медицинские документы, предоставленные в распоряжение врача-эксперта в установленном порядке (при проведении экспертизы по определению суда). Инструкция не предназначена для экспертного освидетельствования (исследования) неживого лица (трупа и его частей).

Медицинские документы, предоставляемые для проведения экспертизы, должны содержать исчерпывающие данные о характере повреждений (черепно-мозговой травме) и их клиническом течении, а также иные сведения, необходимые для проведения медицинской экспертизы.

При необходимости врачи-эксперты могут составлять ходатайство о предоставлении дополнительных материалов (на время получения которых экспертиза приостанавливается), по получении которых медицинская экспертиза возобновляется.

В случае возникновения необходимости в специальном медицинском обследовании пациента к медицинской экспертизе привлекаются врачи-

специалисты организаций, в которых имеются условия и оборудование, необходимые для проведения таких исследований.

При производстве медицинской экспертизы в отношении пациента, имеющего какое-либо предшествующее травме заболевание либо повреждение части тела с полностью или частично ранее утраченной функцией, учитываются только последствия, причиненные здоровью человека, вызванные настоящей черепно-мозговой травмой (в отношении последствий которой проводится медицинская экспертиза) и причинно с нею связанные.

Оценка степени утраты общей и профессиональной трудоспособности пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы и при наличии иных повреждений (травм), возникших от неоднократных травмирующих воздействий, определяется отдельно и индивидуально в отношении каждого такого воздействия.

В случае если множественные повреждения (сочетание черепно-мозговой травмы с травмой спинного мозга, периферических нервов или иные виды повреждений) взаимно отягощают друг друга, утрата трудоспособности определяется по их совокупности.

При определении степени утраты общей и профессиональной трудоспособности вследствие черепно-мозговой травмы, повлекшей за собой психическое расстройство (при спорной причинной связи) и (или) заболевание наркоманией, токсикоманией, алкоголизмом, медицинская экспертиза проводится расширенной комиссией экспертов с участием врача-психиатра и (или) врача-нарколога либо врача-токсиколога. При наличии иных спорных последствий черепно-мозговой травмы (например, инфаркт миокарда, возникший в первые сутки после черепно-мозговой травмы (и при имеющихся сведениях об ушибе грудной клетки), тромбоз вен нижних конечностей и т. д.) в состав комиссии врачей-экспертов вводится специалист по профилю заболевания (врач-терапевт, врач-хирург и др.).

Используемые в инструкции критерии являются медицинской характеристикой квалифицирующих признаков, которые применяются для определения степени утраты общей и профессиональной трудоспособности при медицинской экспертизе в медико-реабилитационной экспертной комиссии (МРЭК), а также в гражданском, административном и уголовном судопроизводстве на основании определения суда, постановления судьи, лица, производящего дознание, следователя.

Степень утраты профессиональной трудоспособности определяется врачами-экспертами в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения — медико-реабилитационных экспертных комиссиях, Государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации».

Инструкция включает экспертную оценку последствия следующих видов черепно-мозговой травмы:

- перелом свода (лобной, теменной костей) и (или) основания черепа: черепной ямки (передней, средней или задней) или затылочной кости, или верхней стенки глазницы, или решетчатой кости, или клиновидной кости, или

височной кости (за исключением изолированной трещины наружной костной пластинки свода черепа и переломов лицевых костей: носа, нижней стенки глазницы, слезной косточки, скуловой кости, верхней челюсти, альвеолярного отростка, небной кости, нижней челюсти);

- внутричерепная травма: разможжение вещества головного мозга; диффузное аксональное повреждение головного мозга; ушиб головного мозга тяжелой степени; травматическое внутримозговое или внутрижелудочковое кровоизлияние; ушиб головного мозга средней степени или травматическое эпидуральное, или субдуральное, или субарахноидальное кровоизлияние при наличии общемозговых, очаговых и стволовых симптомов.

- рана головы (волосистой части, века и окологлазничной области, носа, уха, щеки и височно-нижнечелюстной области, других областей головы), проникающая в полость черепа, в т. ч. без повреждения головного мозга (также рассматривается при медицинской экспертизе, хотя и не является непосредственно черепно-мозговой травмой).

Степень утраты общей и профессиональной трудоспособности определяется в процентах, кратных пяти.

Поверхностные повреждения головы, в т. ч.: ссадина, кровоподтек, ушиб мягких тканей головы, включающий кровоподтек и гематому, поверхностная рана и другие повреждения, медицинской экспертизе при определении степени утраты общей и профессиональной трудоспособности *не подлежат*.

Положения инструкции не распространяются на следующие патологические состояния (которые не связаны с повреждением центральной нервной системы, а обусловлены непосредственным повреждением органов чувств — так называемое периферическое поражение): потеря зрения (полная стойкая слепота на оба глаза или такое необратимое состояние, когда в результате травмы у человека возникло ухудшение зрения, что соответствует остроте зрения, равной 0,04 и ниже (на оба глаза); потеря речи (необратимая потеря способности выражать мысли членораздельными звуками, понятными для окружающих, не распространяется на моторную афазию); потеря слуха (полная стойкая глухота на оба уха или такое необратимое состояние, когда человек не слышит разговорную речь на расстоянии 3–5 см от ушной раковины, не распространяется на моторную афазию).

Методика расчета утраты **профессиональной трудоспособности** регламентируется:

- Постановлением МЗ РБ и Министерства труда и социальной защиты РБ № 1/1 от 09.01.2004 «Об утверждении инструкции по определению критериев степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и инструкции по заполнению программы реабилитации потерпевшего в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания»;

- инструкцией по применению «Оценочные критерии выраженности нарушений и ограничений жизнедеятельности для определения степени утраты профессиональной трудоспособности» (утв. МЗ РБ, рег. № 174-1205 от 25.04.2006).

Для определения степени утраты общей и профессиональной трудоспособности вследствие черепно-мозговой травмы достаточно наличия одного медицинского функционального критерия последствий черепно-мозговой травмы (приведенного в табл.). При наличии нескольких медицинских функциональных критериев степень утраты общей и профессиональной трудоспособности (%) определяется по тому критерию, который соответствует наибольшей степени тяжести вреда. Суммирование процентов по отдельным медицинским критериям не допускается.

Продолжительность нарушения функций органов и (или) систем органов (временной нетрудоспособности) устанавливается в днях, исходя из объективных медицинских данных, поскольку длительность лечения может не совпадать с продолжительностью ограничения функций органов и (или) систем органов человека (*примечание*: проводится при производстве медицинской экспертизы в гражданском, административном и уголовном судопроизводстве на основании определения суда, постановления судьи, лица, производящего дознание, следователя). Проведенное лечение не исключает наличия у лица, в отношении которого проводится медицинская экспертиза, посттравматического ограничения функций органов и (или) систем органов.

Степень **стойкой утраты общей трудоспособности** (далее — стойкая утрата общей трудоспособности) определяется при неблагоприятном трудовом и клиническом прогнозах либо при определившемся исходе независимо от сроков ограничения трудоспособности, либо при длительности расстройства здоровья более 120 дней. Стойкая утрата общей трудоспособности заключается в необратимой утрате функций в виде ограничения жизнедеятельности (потеря врожденных и приобретенных способностей человека к самообслуживанию) и трудоспособности человека независимо от его квалификации и профессии (специальности) (потеря врожденных и приобретенных способностей человека к действию, направленному на получение социально значимого результата в виде определенного продукта, изделия или услуги).

Последующее после ЧМТ ухудшение состояния здоровья человека, которое может быть обусловлено различными причинами: поздними сроками начала лечения, несоблюдением предписанных лечебно-реабилитационных мероприятий (в т. ч. продолжение профессиональной деятельности с противопоказанными условиями труда), возрастом пациента (естественные дегенеративные процессы), сопутствующей патологией и другими причинами, непосредственно не связанными с черепно-мозговой травмой, не рассматривается как Медицинские критерии последствий черепно-мозговой травмы, и утрата трудоспособности не определяется.

Утрата общей и профессиональной трудоспособности, не определяется, если:

- в процессе медицинской экспертизы, освидетельствования (медицинского обследования) пациента, изучения материалов дела и медицинских документов сущность вреда здоровью вследствие черепно-мозговой травмы определить не представляется возможным;

- на момент освидетельствования (медицинского обследования) пациента неясен исход вреда здоровью (не опасного для жизни человека) вследствие черепно-мозговой травмы;

- пациент, в отношении которого назначена или проводится медицинская экспертиза, не явился (или не может быть доставлен) на медицинскую экспертизу либо отказывается от медицинского обследования;

- медицинские документы отсутствуют либо в них не содержится достаточных сведений, в т. ч. результатов инструментальных, лабораторных и иных методов исследований, или иных сведений, без которых не представляется возможным судить о степени утраты общей и профессиональной трудоспособности.

В практике медицинской экспертизы при оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функции организма человека, выделяются четыре степени их выраженности (в соответствии с положениями «Инструкции о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья» (утв. Постановлением МЗ РБ № 97 25.10.2007):

- I степень – легкие (незначительно выраженные) нарушения функции;
- II степень — умеренные (умеренно выраженные) нарушения функции;
- III степень — выраженные нарушения функции;
- IV степень — резко выраженные нарушения функции.

Также (в соответствии с вышеуказанной Инструкцией) при комплексной оценке различных показателей, характеризующих нарушение основных категорий (критериев) жизнедеятельности человека, выделяют пять функциональных классов (далее — ФК) их выраженности (%): ФК 0 — характеризует отсутствие нарушения жизнедеятельности (0%); ФК 1 — легкое нарушение (от 1 до 25%); ФК 2 — умеренно выраженное нарушение (от 26 до 50%); ФК 3 — выраженное нарушение (от 51 до 75%); ФК 4 — резко выраженное нарушение (от 76 до 100%).

В инструкции при оценке нарушений функции также использовано ранжирование медицинских критериев последствий черепно-мозговой травмы по четырем степеням, а также такая категория, как «функциональный класс».

Таблица 1 —Перечень критериев определения стойкой утраты общей и профессиональной трудоспособности в результате черепно-мозговой травмы, повлекшей резкие нарушения функций (ФК 4)

Медицинские критерии последствий черепно-мозговой травмы	% стойкой утраты общей трудоспособности	% стойкой утраты профессиональной трудоспособности
<p>Остаточные явления (последствия) тяжелой черепно-мозговой травмы (а также травмы средней степени тяжести), повлекшие резкие нарушения функции (ФК 4):</p> <ul style="list-style-type: none"> - гемиплегия (пара-, три-, тетраплегия) или резко выраженный гемипарез (трипарез, тетрапарез, парапарез: верхних или нижних конечностей); - резко выраженная атаксия (статическая и динамическая) (мозжечковый синдром); - полная моторная афазия, выраженная, резко выраженная или полная сенсорная афазия; - очень частые (ежедневные), частые (4 раза в месяц и более) первичные и вторично-генерализованные тонико-клонические эпилептические приступы, эпилептический статус: 4 раза в год и более; - посттравматическое слабоумие, создающее невозможность самообслуживания, передвижения 	100	100* 90** 80*** 70****

Примечания:

1 — *в случае, если в результате перенесенной черепно-мозговой травмы у потерпевшего наступила полная утрата профессиональной трудоспособности вследствие резко выраженного нарушения функций организма, в т. ч. в специально созданных условиях труда, устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности 100%.

2 — **в случае, если потерпевший, ранее выполнявший квалификационную работу в обычных производственных условиях, может выполнять только неквалифицированные виды труда в специально созданных производственных условиях (или фактически выполняет такую работу), устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности 90% (действие данного подпункта не распространяется на посттравматическое слабоумие (деменцию), резко выраженную и значительно выраженную сенсорную афазию, создающие невозможность самостоятельного самообслуживания, контроля над своим поведением и в случаях, требующих постоянной посторонней помощи и ухода, когда, как правило, устанавливается 100% утраты профессиональной трудоспособности).

3 — ***В случае, если потерпевший может выполнять в специально созданных производственных условиях работу более низкой квалификации (т. е. со снижением квалификации) с учетом имевшихся до травмы профессиональных знаний и навыков (или фактически выполняет такую работу), устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности 80% (действие данного подпункта не распространяется на посттравматическое слабоумие (деменцию), резко выраженную и значительно выраженную сенсорную афазия, создающие невозможность самостоятельного самообслуживания, контроля над своим поведением и в случаях, требующих постоянной посторонней помощи и ухода, когда, как правило, устанавливается 100% утраты профессиональной трудоспособности).

4 — ****В случае, если потерпевший может выполнять в специально созданных производственных условиях работу по профессии, предшествующей травме (или фактически выполняет такую работу, но с отменой норм выработки), устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности 70% (действие данного подпункта не распространяется на посттравматическое слабоумие (деменцию), резко выраженную и значительно выраженную сенсорную афазия, создающие невозможность самостоятельного самообслуживания, контроля за своим поведением и в случаях, требующих постоянной посторонней помощи и ухода, когда, как правило, устанавливается 100% утраты профессиональной трудоспособности).

Таблица 2 — Перечень критериев определения стойкой утраты общей и профессиональной трудоспособности в результате черепно-мозговой травмы, повлекшей выраженные нарушения функций (ФК 3)

Медицинские критерии последствий ЧМТ	% стойкой утраты общей трудоспособности	%стойкой утраты профессиональной трудоспособности
<p>Остаточные явления (последствия) тяжелой черепно-мозговой травмы (а также травмы средней степени тяжести), повлекшие выраженные (значительные) нарушения функций (ФК 3):</p> <ul style="list-style-type: none"> - значительный (выраженный) гемипарез (три-, тетра-, парапарез: верхних или нижних конечностей); - значительно выраженную атаксию (мозжечковый синдром); - значительно выраженную моторную и выраженную сенсорную афазию; - частые (4 раза в месяц) первичные и вторично-генерализованные тонико-клонические эпилептические приступы, эпилептический статус: 2–3 раза в год; подтвержденные стационарным наблюдением частые абсансы (5 раз в день и более), частые (более 6 раз в месяц) парциальные приступы без нарушения сознания; средней частоты (3–5 раз в год) психомоторные приступы (подтвержденные медицинскими документальными данными, в т. ч. вызовом скорой помощи); - посттравматическое значительное снижение интеллекта, приводящее к выраженному ограничению самообслуживания. 	75	100* 90** 80*** 70****

Примечания:

1 — *в случае, если в результате перенесенной ЧМТ у потерпевшего наступила полная утрата профессиональной трудоспособности вследствие резкого выраженного нарушения функций организма, в т. ч. в специально созданных условиях труда, устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности 100%.

2 — **в случае, если потерпевший, ранее выполнявший квалификационную работу в обычных производственных условиях, может выполнять только неквалифицированные виды труда в специально созданных производственных условиях

(или фактически выполняет такую работу), устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности 90%.

3 — ***в случае, если потерпевший может выполнять в специально созданных производственных условиях работу более низкой квалификации (т. е. со снижением квалификации) с учетом имевшихся до травмы профессиональных знаний и навыков (или фактически выполняет такую работу), устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности 80%.

4 — ****в случае, если потерпевший может выполнять в специально созданных производственных условиях работу по профессии, предшествующей травме (или фактически выполняет такую работу с отменой норм выработки), устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности 70%.

Таблица 3 — Перечень критериев определения стойкой утраты общей и профессиональной трудоспособности в результате черепно-мозговой травмы, повлекшей умеренные и легкие нарушения функций (ФК 2) и (ФК 1)

№ п/п	Медицинские критерии последствий ЧМТ	% стойкой утраты общей трудоспособности	% стойкой утраты профессиональной трудоспособности
	Тяжелая черепно-мозговая травма (а также травма средней степени тяжести), повлекшая:		
1	<p>умеренные нарушения функций (ФК 2) в первый год после травмы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - умеренный гемипарез (три-, тетра-, парапарез: верхних или нижних конечностей) (1-й год после травмы); - умеренно выраженную атаксию (мозжечковый синдром) (1-й год после травмы); - умеренную моторную и легкую сенсорную афазию (1-й год после травмы); - умеренный и выраженный гипертензионный синдром (1-й год после травмы); - средней частоты (2–3 раза в месяц) первичные и вторично-генерализованные тонико-клонические эпилептические приступы, эпилептический статус: 1 раз в год; подтвержденные стационарным наблюдением средней частоты абсансы (3–4 раза в день), средней частоты (5 раз в месяц) парциальные приступы без нарушения сознания; редкие (1–2 раза в год) психомоторные приступы (подтвержденные медицинскими документальными данными, в т. ч. вызовом скорой помощи) — при сохраняющемся состоянии нарушения функции и в последующие годы; - посттравматическое умеренное снижение интеллекта (с преимущественным нарушением функций кратко- и долговременной памяти), приводящее к умеренному ограничению участия в трудовой 	60	<p>60*</p> <p>50**</p> <p>40***</p> <p>30****</p> <p>25*****</p> <p>20*****</p>

№ п/п	Медицинские критерии последствий ЧМТ	% стойкой утраты общей трудоспособности	% стойкой утраты профессиональной трудоспособности
	деятельности — при сохраняющемся состоянии нарушения функции и в последующие годы		
2	<p>умеренные нарушения функций (ФК 2):</p> <ul style="list-style-type: none"> - умеренный гемипарез (три-, тетра-, парапарез: верхних или нижних конечностей) (2-й год после травмы); при сохраняющемся умеренном три-, тетрапарезе — и в последующие годы; - умеренно выраженную атаксию (мозжечковый синдром) (2-й год после травмы); - умеренную моторную и сенсорную афазию (2-й год после травмы), при сохраняющейся умеренной сенсорной афазии – и в последующие годы; - умеренный гипертензионный синдром (2-й год после травмы); - редкие (2–3 раза в год) первичные и вторично-генерализованные тонико-клонические эпилептические приступы; подтвержденные стационарным наблюдением редкие абсансы (1–2 раза в день), редкие (3–4 раза в месяц) парциальные приступы без нарушения сознания (подтвержденные медицинскими документальными данными, в т. ч. вызовом скорой помощи) в 1-й год после травмы; дефект костей черепа 	45	60* 50** 40*** 30**** 25***** 20***** 15*****
3	<p>сохраняющиеся в периоде последствий травмы умеренные нарушения функций (ФК 2):</p> <ul style="list-style-type: none"> - умеренный гемипарез (3-й год после травмы и последующие годы); - умеренный гипертензионный синдром (3-й год после травмы и последующие годы); - умеренную моторную и сенсорную афазию (3-й год после травмы), при сохраняющейся умеренной моторной афазии – и в последующие годы 	30	60* 50** 40*** 30**** 25***** 20***** 15*****

№ п/п	Медицинские критерии последствий ЧМТ	% стойкой утраты общей трудоспособности	% стойкой утраты профессиональной трудоспособности
4	Тяжелая черепно-мозговая травма (а также травма средней степени тяжести), повлекшая: легкие (незначительно выраженные) нарушения функций (ФК 1): - легкую атаксию (мозжечковый синдром); - легкую моторную афазию (2-й год после травмы); - единичные (2–3 эпилептические приступы в первое полугодие после травмы, с тенденцией к ремиссии к концу первого года на фоне лечения) первичные и вторично-генерализованные тонико-клонические эпилептические приступы, подтвержденные стационарным наблюдением в 1-й год после травмы	30	60* 50** 40*** 30**** 25***** 20***** 15*****

Примечания:

1 — *60% утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях: у потерпевшего отмечается утрата единственной квалифицированной профессии; на период восстановления профессиональной трудоспособности путем переподготовки; у потерпевшего отмечается снижение квалификации в рамках основной профессии — с 8-го разряда на 2-й и более, с 7-го разряда на 2-й и более, с 6-го разряда на 1-й, с 5-го разряда на 1-й; у потерпевшего наступила утрата основной профессии с трудоустройством в доступной профессии со значительным снижением квалификации — с 8-го разряда на 2-й и более, с 7-го разряда на 2-й и более, с 6-го разряда на 1-й, с 5-го разряда на 1-й; имеет место снижение класса условий труда, относящихся к вредным и опасным 2 степени (класс 3.2) до безопасных условий труда (класс 2, класс 1) или класса опасного 4-й степени (класс 3.4) до опасного 2-й степени (класс 3.2) и из класса опасного 3-й степени (класс 3.3) до опасного 1 степени (класс 3.1).

2 — **50% утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях: у потерпевшего отмечается снижение квалификации — с 8-го разряда на 3-й, с 6-го разряда на 2-й, с 5-го разряда на 1-й; отмечается уменьшение объема производственной деятельности за счет изменения продолжительности рабочего времени на 50% (работа на 1/2 ставки) (рабочего дня или рабочей недели); при выполнении работ по классу условий труда, относящихся к вредным и опасным 2-й степени, необходимо снижение показателей, формирующих класс условий труда, на 1 категорию или изменение (снижение) показателя класса условий труда из вредных 2-й степени (класс 3.2) до вредных 1-й степени (класс 3.1).

3 — ***40% утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях: у потерпевшего отмечается снижение квалификации — с 7-го разряда на 3-й, с 6-го разряда на 3-й, с 5-го разряда на 2-й, с 4-го разряда на 2-й; отмечается сокращение объема выполняемой работы за счет изменения продолжительности рабочего времени

на 40% (рабочего дня или рабочей недели); имеет место снижение показателя класса условий труда из вредных 1-й степени (класс 3.1) до условий труда безопасных (класс 2).

4 — ****30% утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях: у потерпевшего отмечается снижение квалификации — с 8-го разряда на 4-й, с 3-го разряда на 1-й; имеет место снижение объема производственной деятельности за счет изменения продолжительности рабочего времени на 30% (рабочего дня или рабочей недели); при выполнении работ по классу условий труда, относящихся к вредным и опасным 1 степени, необходимо снижение показателей, формирующих класс условий труда, на 1 категорию.

5 — *****25% утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях: у потерпевшего отмечается снижение квалификации — с 8-го разряда на 5-й, с 7-го разряда на 4-й, с 5-го разряда на 3-й; имеет место снижение объема производственной деятельности за счет изменения продолжительности рабочего времени на 25% (рабочего дня или рабочей недели); при выполнении работ по классу условий труда, относящихся к вредным и опасным 1 степени необходимо снижение показателей, формирующих класс условий труда, на 1 категорию (в т. ч. со снижением квалификации при трудоустройстве в профессиях с использованием профессиональных навыков).

6 — *****20% утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях, когда профессиональная пригодность незначительно ограничена: имеет место трудоустройство по ВКК с исключением работ со значительным физическим или нервно-психическим напряжением, которые предъявляют повышенные требования к дефектной, нарушенной функции; работа выполняется в безопасных, условно безопасных условиях труда, но с большим напряжением или биоэнергетическими тратами за счет присутствия на рабочем месте более двух опасных 1-й степени и одного 2-й степени производственных факторов или двух и более показателей тяжести или напряженности труда, соответствующих классу условий труда 3.1–3.2; при снижении квалификационного уровня с 6-го разряда на 4-й.

7 — *****15% утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях, когда профессиональная трудоспособность потерпевшего незначительно ограничена: выполнение работы в обычных производственных условиях дается со значительным напряжением или биоэнергетическими тратами организма; по ВКК имеет место освобождение от ночных смен, дополнительных нагрузок, исключение отдельных видов работ, перевод в другой цех (исключение или снижение воздействия вредных производственных факторов — вибрации, повышенного шума, загазованности и др.); при снижении квалификационного уровня с 4-го разряда на 3-й, с 3-го разряда на 2-й, с 8-го разряда на 6-й, с 7-го разряда на 5-й.

Таблица 4 — Перечень критериев определения стойкой утраты общей и профессиональной трудоспособности в результате черепно-мозговой травмы, повлекшей незначительные нарушения функции (ФК 1)

№ п/п	Медицинские критерии последствий ЧМТ	% стойкой утраты общей трудоспособности	% стойкой утраты профессиональной трудоспособности
	Черепно-мозговая травма (тяжелой и средней степени тяжести):		
1	повлекшая за собой отдельные очаговые симптомы, свидетельствующие о возникновении незначительных патологических изменений со стороны центральной нервной системы (легкая моторная афазия, легкие паретические расстройства, анизокория, неравенство глазных щелей, отклонение (девиация) языка в сторону, нистагм, сглаженность носогубной складки и др.), сопровождающиеся астеническими расстройствами	15	10
2	повлекшая за собой значительно выраженные вегетативные симптомы (комплексная вегетативная дисфункция (вазомоторные нарушения: кризы) в совокупности с тремором век и пальцев рук, высокими сухожильными рефлексам и др.), сопровождающиеся астеническими расстройствами	10	10
3	не повлекшая за собой возникновения патологических изменений со стороны центральной нервной системы	0	0

Примечания:

1 — Проценты утраты общей трудоспособности (пп. 1–3) устанавливаются только на один год с момента получения травмы, в дальнейшем не устанавливаются.

2 — При травме головного мозга в обязательном порядке проводится сравнительный анализ объективной симптоматики по данным «медицинской карты амбулаторного больного» после травмы и до травмы. При наличии патологических состояний (заболеваний) до перенесенной травмы, которые могли бы спровоцировать до травмы возникновение «микроочаговой» неврологической симптоматики, указанной в п. 1 (острые вирусные заболевания в течение года перед травмой, артериальная гипертензия и иные сосудистые заболевания, а также указания на употребление

алкоголя, курение и иные случаи) процент утраты общей (и профессиональной) трудоспособности не устанавливается.

3 — 10% утраты профессиональной трудоспособности устанавливается, когда профессиональная трудоспособность потерпевшего незначительно ограничена: по ВКК представляются незначительные облегчения условий труда; работа выполняется в безопасных условиях труда, но с большим напряжением или биоэнергетическими тратами за счет присутствия на рабочем месте двух и более опасных 1-й степени производственных факторов или показателей тяжести и напряженности труда, соответствующих классу условий труда 3.1; при снижении квалификационного уровня — с 8-го разряда на 7-й, с 7-го разряда на 6-й, с 6-го разряда на 5-й, с 5-го разряда на 4-й.

Таблица 5 — Перечень критериев определения стойкой утраты общей и профессиональной трудоспособности в результате легкой черепно-мозговой травмы

№ п/п	Медицинские критерии последствий ЧМТ	Процент стойкой утраты общей трудоспособности	%стойкой утраты профессиональной трудоспособности
1	Сотрясение головного мозга, - повлекшее за собой возникновение отдельных объективных признаков или вегетативных симптомов со стороны центральной нервной системы (неравенство глазных щелей, нистагм, асимметрия оскала, вегетососудистая дистония (соматоформная вегетативная дисфункция), высокие сухожильные рефлексy, гипергидроз, неустойчивость в позе Ромберга (подтвержденная результатами стабиллометрии)	5	0
2	Сотрясение головного мозга, не повлекшее за собой нарушений со стороны центральной нервной системы, а также повторные сотрясения головного мозга, подтвержденные объективной неврологической симптоматикой, установленной в медицинском учреждении, но не повлекшие за собой появления новых патологических изменений со стороны центральной нервной системы	0	0

Примечания:

1 — Сотрясение головного мозга относится к категории легких черепно-мозговых травм (по степени тяжести), ушиб мягких тканей головы к черепно-мозговым травмам не относится, при медицинской экспертизе утрата общей трудоспособности не устанавливается.

2 — Критерии стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренные п.п. 1 и 2 настоящего Перечня, применяются только в том случае, когда диагноз сотрясения головного мозга подтвержден объективными симптомами, характерными для этого вида черепно-мозговой травмы и установленными при первичном обращении в медицинское учреждение (в течение трех суток от даты (момента) получения травмы).

3 — В тех случаях, когда диагноз сотрясения головного мозга не подтвержден объективными неврологическими признаками, а поставлен на основании анамнеза и субъективных жалоб, п.п. 1 и 2 настоящего Перечня не применяются.

4 — У лиц, страдающих органическим поражением центральной нервной системы (энцефалит, эпилепсия, нарушения мозгового кровообращения и др.) (или имеющих последствия данных заболеваний) или перенесших ранее тяжелую черепно-мозговую травму, при наличии диагноза сотрясения головного мозга, не подтвержденного динамикой неврологической симптоматики, процент утраты общей и профессиональной трудоспособности не устанавливается.

5 — Проценты утраты общей трудоспособности (п. 1) устанавливаются на один год с момента получения травмы, в дальнейшем не устанавливаются.

6 — При сотрясении головного мозга в обязательном порядке проводится сравнительный анализ объективной симптоматики по данным «медицинской карты амбулаторного больного» после травмы и до травмы. При наличии патологических состояний (заболеваний) до перенесенной травмы, которые могли бы спровоцировать до травмы возникновение «микроочаговой» неврологической симптоматики, указанной в п. 1 (острые вирусные заболевания в течение года перед травмой, артериальная гипертензия и иные сосудистые заболевания, а также указания на употребление алкоголя, курение и иные случаи) процент утраты общей (и профессиональной) трудоспособности не устанавливается.