

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ “ПРОФ. Д-Р П. СТОЯНОВ” – ВАРНА
ФАКУЛТЕТ „МЕДИЦИНА”,
КАТЕДРА “ОБЩА И КЛИНИЧНА ПАТОЛОГИЯ, СЪДЕБНА МЕДИЦИНА И
ДЕОНТОЛОГИЯ”

Д-р Вилиям Доков

**ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ВЪВЕЖДАНЕ НА ОБЕКТИВНИ
КРИТЕРИИ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА „ОПАСНОСТТА ЗА
ЖИВОТА” ПРИ МЕДИКО-БИОЛОГИЧНАТА
КВАЛИФИКАЦИЯ НА ТЕЛЕСНИ ПОВРЕДИ**

АВТОРЕФЕРАТ
на дисертационен труд

за присъждане на образователна и научна степен „ДОКТОР”

ПРОФЕСИОНАЛНО НАПРАВЛЕНИЕ: 7.1. Медицина
СПЕЦИАЛНОСТ: ”СЪДЕБНА МЕДИЦИНА”

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:
Доц. д-р Добринка Радойнова, д.м.

ОФИЦИАЛНИ РЕЦЕНЗЕНТИ:

Проф. Йонко Кунчев, д.ю.н.
Доц. д-р Петко Лисаев, д.м.

Варна, 2015 г.

Дисертационният труд е одобрен и предложен за защита на разширено заседание на Катедра „Обща и клинична патология, съдебна медицина и деонтология”, при Медицински университет, „Проф. д-р П. Стоянов” - Варна.

Дисертационният труд е написан на 162 страници и е онагледен с 37 фигури, 9 таблици и 2 приложения.

Библиографският списък включва 176 заглавия, от които 94 на кирилица и 82 на латиница.

Публичната защита на дисертационния труд ще се състои на:
.....2015г. отчаса в

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

AIS – Abbreviated Injury Scale
APS – Anatomic Profile Scale
DAI – Diffuse Axonal Injury
ISS - Injury Severity Score
ICDMAP – софт.пакет: International Classification of Diseases Map
MAIS – Maximum Abbreviated Injury Scale
mAP – Modified Anatomic Profile
NISS - New Injury Severity Score
TRISS - Trauma Score - Injury Severity Score
БЛС - Български лекарски съюз
ЕС – Европейски съюз
ЗАНН - Закон за административните нарушения и наказания
ЗЗ - Закон за здравето
ЗЗО - Закон за здравето осигуряване
ЗЛЗ - Закон за лечебните заведения
ЗСВ - Закон за съдебната власт
ЗСОЛЛДМ - Закон за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина
МЗ – Министерство на здравеопазването
МКБ – Международна класификация на болестите
НК – Наказателен кодекс
ОПЛ – Общопрактикуващ лекар
ПТП – Пътнотранспортно произшествие
СЗО – Световна здравна организация

ВЪВЕДЕНИЕ

Телесните повреди са едни от най-честите причини за увреждане на здравето по данни на Световната здравна организация (СЗО). Съдебномедицинската квалификация на тяхната тежест представлява съществен дял от ежедневната работа на съдебните лекари в България, която се регламентира изцяло от текстове на Наказателния кодекс (НК). В исторически аспект, от Освобождението на България, до настоящия момент последователно действат три Наказателни кодекса:

- Наказателен закон на Княжество България, утвърден с указ от 2.02.1896 г., под № 43, обн., ДВ, бр. 40 от 21.02.1896 г.;
- Наказателен кодекс на НРБ, обнародван в ДВ бр.13 от 13.02.1951г.;
- Наказателен кодекс на НРБ, обнародван в ДВ бр.26 от 02.04.1968г.;

От времето на приемане на първият наказателен закон до днес, текстовете отнасящи се до телесни повреди остават практически непроменени, с незначителни изменения посочени в таблица 1:

Таблица 1. Промени в НК от 1896, 1951 и 1968г.

Текстове за „тежка телесна повреда”		
1896	1951	1968
Душевна болест	Трайно разстройство на съзнанието	Продължително разстройство на съзнанието
Слепота	Слепота	Постоянна слепота с едното или двете очи
Глухота	Глухота	Постоянна глухота
Немота	Немота	Загуба на речта
Отнет или завинаги осакатен крак или ръка	Ако е отнет или завинаги е осакатен крак или ръка	Загуба или осакатяване на крак или ръка
Завинаги детеродна неспособност	Детеродна неспособност	Детеродна неспособност
Обезобразяване, което причинява разстройство на речта или на някой орган на чувствата завинаги	Обезобразяване, което причинява разстройство на речта или на някой орган на чувствата завинаги	Обезобразяване, което причинява завинаги разстройство на речта или сетивен орган
Постоянно общо разстройство на здравето опасно за живота	Постоянно общо разстройство на здравето опасно за живота	Постоянно общо разстройство на здравето опасно за живота
----	----	Загуба на единия бъбрек
----	----	(Загуба) на слезка
----	----	(Загуба) на крило на бял дроб
Текстове за „средна телесна повреда”		
1896	1951	1968
„Телесна повреда”	„Средна телесна повреда”	„Средна телесна повреда”
Отслабване на: -зрението -слуха -речта	Отслабване на: -зрението -слуха -речта	Отслабване на: -зрението -слуха -речта

Затруднение движението на крайниците на тялото	Затруднение движението на крайниците на тялото	(Трайно затруднение) движението на крайник, снагата или врата
(Затрудняване) на детеродните органи, без причиняване на детеродна неспособност	Повреда на детеродните органи, без причиняване на детеродна неспособност	(Трайно затрудняване) на функциите на половите органи, без причиняване на детеродна неспособност
Избиване на зъби, без които се затруднява дъвченето и говоренето	Избиване на зъби, без които се затруднява дъвченето и говоренето	Счупване на челюст или избиване на зъби, без които се затруднява дъвченето и говоренето
Обезобразяване на лицето	Обезобразяване на лицето	Обезобразяване на лицето или на други части от тялото
Постоянно разстройство на здравето, неопасно за живота	Постоянно разстройство на здравето, неопасно за живота	Постоянно разстройство на здравето, неопасно за живота
Разстройство на здравето, временно опасно за живота	Разстройство на здравето, временно опасно за живота	Разстройство на здравето, временно опасно за живота
Наранявания, които проникват в черепната, гръдната или коремна кухини	Наранявания, които проникват в черепната, гръдната или коремна кухини	Наранявания, които проникват в черепната, гръдната или коремна кухини
Текстове за „лека телесна повреда“		
1896	1951	1968
Разстройство на здравето във от случаите предвидени в член 263 и член 264, както и причиняване на болка или страдание	Разстройство на здравето във от случаите предвидени в чл.139 и чл.140, както и причиняване на болка или страдание	Който причини разстройство на здравето извън случаите на член 128 и член 129. Ал.2 болка или страдание без разстройство на здравето

Още в първия НК, „опасността за живота“ се разглежда към:

- „средна телесна повреда“, когато се касае за „разстройство на здравето временно опасно за живота“ и
- „тежка телесна повреда“ ако е налице „постоянно общо разстройство на здравето опасно за живота“.

Такова разделяне на „опасността за живота“ в две степени се оказва специфично за нашата страна и естествено възниква въпроса откъде произхожда. Историческият преглед на съдебномедицинските източници от края на 19 век показва, че единствено в публикация от 1885г. на Гвоздев по повод нов наказателен закон на Русия, опасността за живота е разделена по следния начин: „...Тежка телесна повреда ще бъде: такава, която ежеминутно застрашава със смърт и лекар не може да гарантира за един или няколко дни живот за пострадалия; по-малко тежка телесна повреда ще бъде: такава, при която опасността за живота макар и да съществува не произтича непосредствено от естеството на самото увреждане, а зависи от индивидуалните особености на увредения организъм;”. Това разделяне на опасността за живота не се възприема в окончателния вариант на наказателния закон на Руската империя от 1903г., но подобни дефиниции са въведени в новоприетия НК на Княжество България.

Сравнителният анализ на действащата нормативна уредба по отношение опасността за живота при умишлено причинени телесни повреди във всички **28 страни от Европейския съюз (ЕС)**, може да се обобщи по следният начин:

1. В преобладаваща част от страните (25 на брой), опасността за живота е причислена към най-тежките телесни увреждания и не се степенува, въпреки че има различни формулировки.
2. **Само в три държави** от ЕС опасността за живота се степенува и това са: България, Италия и Малта. Трябва да се отбележи, че в Италия и Малта не са посочени точни рамки както е в българския кодекс, което позволява включването на голям брой травми в тази категория.

България е единствената страна в ЕС, чиято нормативна уредба императивно разделя опасността за живота в две категории.

Така в нашата страна се залага специфична (несравнима с останалите страни) нормативна уредба, която не се променя съществено през последното столетие. Тази устойчивост води до дисонанс и често явна несъвместимост с настъпилите промени във възможностите и достъпността до медицински услуги.

Освен противоречието между развитието на медицината и ригидността на нормативната уредба, такива установихме и в специализираната съдебномедицинска литература по въпроса. Водещи експерти в България последователно дават различни, често противоречиви указания за квалификация на отделните видове травми по отношение на опасността за живота. Логично е да се очаква, че тази противоречивост води до разминаване в реалната работа на съдебните лекари, което пък, от своя страна генерира неоправдани разминавания в съдебната практика и сериозни последици за обществото.

Анализът на проблема разкри необходимост от промяна в подхода при медико-биологичната квалификация на телесните повреди и особено при преценка на опасни за живота състояния, която да се основава на обективни (и/или консесусно експертно определени) унифицирани критерии за квалифициране тежестта на травмите.

Прегледът на литературата по въпроса за обективизиране оценката тежестта на травмите показва, че в съдебномедицинската практика по света през последното десетилетие се налага приложението на американската анатомична система/ скала Abbreviated Injury Scale (AIS) и нейни производни като MAIS (maximal AIS), препоръчвани и в официални документи на ЕС. Интерес представлява и експертният подход при медикобиологична квалификация в Русия, тъй като нормативната ни уредба по отношение на телесните повреди е много сходна с руската.

I ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, ХИПОТЕЗИ

1. Основната **цел** на настоящото проучване е:

Да се оцени потребността и възможностите за въвеждане на обективни критерии за определяне на “опасността за живота” при медико-биологичната квалификация на телесните повреди в съдебномедицинската практика в България.

2. За постигането на тази цел са формулирани следните конкретни **задачи**:

2.1 Да се установи съществува ли разминаване в практиката между съдебномедицинските експерти в България при медико-биологична квалификация на телесни повреди с различна тежест по отношение определяне “опасността за живота” като елемент на средна или тежка телесна повреда.

2.2 Да се оцени степента на предполагащото разминаване при медико-биологична квалификация на телесните повреди и специфичните страни на неговите проявления.

2.3 Да се сравни медико-биологичната квалификация на телесни повреди по AIS спрямо квалификация с българските критерии.

2.4 Да се сравни медико-биологичната квалификация на телесни повреди направена чрез руската методика, спрямо AIS и българските критерии.

2.5 Да се оценят предимствата и недостатъците на анатомичната скала AIS при реални случаи на телесни повреди от практиката на съдебномедицински звена в нашата страна.

2.6 Да се приравнят степените от скалата AIS спрямо медико-биологичните квалификации на “опасността за живота” като елемент на средна или тежка телесна повреда в България.

3. При изпълнението на поставените задачи са тествани следните **хипотези**:

3.1 Съществува значимо разминаване при медико-биологичната квалификация на телесни повреди от експертите в България, особено по отношение преценката за “опасност за живота”.

3.2 Разминаването между съдебномедицинските експертите е най-силно изявено при диференциране “опасността за живота” към тежки или средни телесни повреди.

3.3 Системата AIS е приложима за медико-биологична квалификация на телесните повреди, като се очаква да дава по-тежка оценка спрямо българската система.

3.4 Руският метод е приложим, като се очаква да дава по-тежка оценка от AIS и от българските критерии за медико-биологична квалификация на травмите.

III. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

За постигането на целта и изпълнението на задачите на настоящата работа бяха планирани и проведени две проучвания:

- Проучване за оценка на съгласуваността между съдебномедицинските експерти при медико-биологичната квалификация на телесни повреди – **Първо проучване**;
- Проучване за приложимостта на AIS и руската ситема за оценка на тежестта на травмите в съдебномедицинската практиката при медико-биологична квалификация на телесни повреди с фокус върху опасността за живота – **Второ проучване**.

1. Първо проучване: проведено в периода май 2012г. – януари 2013г. Подготвен бе въпросник с 30 казуса изпратен по електронна поща до повече от 50% от съдебномедицинските експерти в България. Експертите са подбрани според следните критерии:

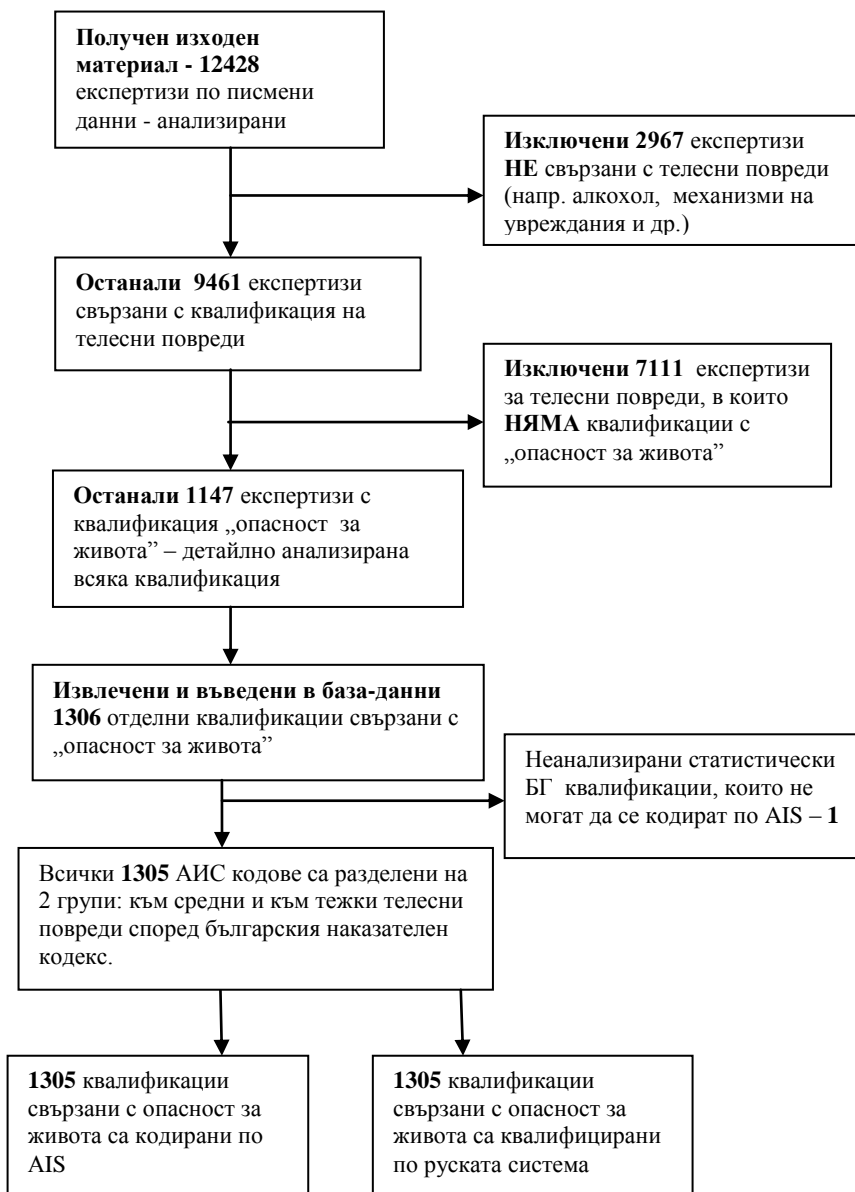
- да имат специалност по съдебна медицина,
- стаж по специалността,
- желание да сътрудничат.

1.1 Инструментарий: Казусите във въпросника са подбрани така, че да обхващат случаи на различни по степен увреждания на здравето от различни анатомични части на тялото, причинени по различен механизъм. Част от случаите са взети от реалната съдебномедицинска практика, а друга част представя увреждания, описани директно в AIS речника или в руските формулировки на медико-биологични квалификации.

При 23 от въпросите, умишлено един и същи съдебномедицински казус е представен с два различни изхода – неблагоприятен (фатален) и благоприятен в резултат на ефективното въздействие на адекватни медицински грижи. Идеята бе да се направи оценка дали съдебномедицинските експерти се повлияват от ролята на медицинските грижи при медико-биологичната квалификация на телесните повреди и ако има такъв ефект в каква степен се проявява той.

2. Второ проучване: Проведено е в периода март 2013г. – март 2014г. Проучен е архивът от експертизи по писмени данни между 2008 и 2013 година на 20 от общо 74 експерти по съдебна медицина от различни региони на страната. Всички експерти, предоставили своите архиви, са със специалност по съдебна медицина и практически опит между 7 и 35 години. На фигура 1 е представен в схематичен вид подхода за подбор и работа със случаите включени в проучването.

Фигура 1. Схема на второто проучване



Методи за обективизиране оценката на тежестта на травмите от първото и второто проучване

AIS – съкратена скала на травмите

В последната ревизия на AIS човешкото тяло е разделено на девет зони: глава (череп и мозък); лице вкл. очи и уши, шия; гръден кош; коремни тазови органи; гръбначен стълб (шиен, гръден и лумбарен дял); горни крайници; долни крайници; таз и глутеална област; повърхност (кожа); термични и други травми. Всяка травма има уникален седемцифров код. Последната цифра е поставена след десетична запетая и варира от 1 до 6. Тази последна цифра е AIS оценката за тежест на съответната травма. AIS оценката варира от 1 до 6 при всяка травма както следва:

AIS 1 = минимална травма

AIS 2 = умерена травма

AIS 3 = сериозна травма

AIS 4 = тежка травма

AIS 5 = критична травма

AIS 6 = максимална травма (нелечима към момента)

За да се кодира правилно (и съответно оцени) травмата, е важно на първо място източниците на информация (клинични документи и/или аутопсионни протоколи) да дават точна и детайлна информация за всяка травма. Недостатъчни детайли могат да доведат до подценяване тежестта на травмата. Например ако е записано само, че пациентът има счупени ребра това се оценява с оценка 2, но ако е описан точният брой и локализация на счупванията, това може да доведе до значително по-висока оценка. Това е особено важно за някои специфични травми, напр. засягащи гръбначния стълб.

Руска методика за медико-биологична квалификация

Като база за оценяване на тежестта на травмите по руската система е използвана заповедта на Министерството на здравеопазването и социалното развитие на Русия от 24.04.2008г. №194н „За утвърждаване на медицински критерии за определяне степенята на тежестта на увреждането, причинени на здравето на човека”. В нея изчерпателно и систематизирано са посочени всички възможни варианти на увреждания на здравето „опасни за живота” на човека, по органи и системи. Те са разделени на групи по отделни локализации:

- глава,

- тяло,

- крайници и

- функционални увреждания със различна тежест: изгаряния, измръзвания, радиационни поражения, шок, кома, кръвозагуба, остра сърдечносъдова, дихателна, бъбречна, чернодробна недостатъчност и др, нарушение на мозъчното кръвообръщение, гнойно-септични състояния, емболии, отравяния, асфиксии и др.

Този подход осигурява еднаквост и справедливост при всички медико-биологични квалификации извършвани от експертите в Русия. Същите критерии/указания сме използвали при преценка на изследваните от нас травми в настоящото проучване

Статистически методи

Приложени са следните методи за статистически анализ:

4.1 Статистическа групировка на данните. Признаците са подредени в зависимост от вида си в категорийни, степенни и интервални статистически редове.

4.2 Описателни (дескриптивни) методи:

- Алтернативен анализ – представя структурното разпределение на качествените променливи - демографските показатели като разпределение по пол, месторабота (университетска катедра/болнично отделение), вид на травмата, диагноза и др. - са представени като относителни дялове в проценти;
- Вариационен анализ - количествените променливи (с нормално разпределение) възраст, продължителност на стаж са представени чрез средна аритметична величина и стандартно отклонение; Количествени променливи с разпределение отклоняващо се от нормалното са представени с медиана и обхват.
- Графичен метод - използвани са линейни и стълбчести диаграми за представяне на структурата на медикобиологичните квалификации при различните казуси;
- За оценка степента на съгласието между експертите при медико-биологична квалификация на телесните повреди в зависимост от изхода от медицинската намеса е използван коефициентът на Кохен - капа. Карра варира от 0 до 1.00, като по-големите стойности отразяват висока степен на съвпадение. Обичайно Карра > 0.70 се счита за добро ниво на съвпадение.

4.3 Методи на статистическо оценяване - Определяни са 95% интервали на доверителност за средни величини и относителни дялове.

4.4 Методи за проверка на хипотези:

При проверката на хипотези, нивото на значимост на нулевата хипотеза е определяно според установената практика като $\alpha=0.05$. Приложени са следните методи:

- Хи- квадрат за оценка на връзката между две качествени променливи.
- Логистичен регресионен анализ с цел да се установи връзката между степента (тежестта) на травмата и наличието на животозастрашаващо състояние.

За въвеждане на данните и за изработване на фигурите и таблиците е използван софтуерния продукт Excel for Microsoft Windows. За статистическите анализи е използван статистическия пакет SPSS for Windows, версия 12.0.1.

III. РЕЗУЛТАТИ и ОБСЪЖАДНЕ

1. Първо проучване

От подготвените и разпространени 40 въпросника, респондентите върнаха попълнени 35 за период от 10 месеца. Процентът на възвращаемост - 87,5% е висок, но за постигането му бяха необходими многократни напомнящи обаждания. Експертите, включили се в проучването работят в 14 от 28 области в страната. Всички участници в проучването са с придобита специалност по съдебна медицина и професионален стаж от 4 до 36г. Средната продължителност на стажа им е 21,6г. (SD 8,5г.).

Малко повече от половината (54%) експерти работят в университетски структури, а останалите - като завеждащи отделения или ординатори по съдебна медицина в многопрофилни болници.

1.1 Описание на медико-биологичната квалификация на казусите

В първата част на резултатите последователно ще бъде направено описание на начина, по който експертите квалифицират всеки едни от казусите в изследването. Представен е и коефициентът на Кохен „капа” – за оценка на съгласието при медико-биологична квалификация на телесната повреда в зависимост от изхода от медицинската намеса.

Казус 1. *Мъж на 40г. с контузно-разкъсна рана на главата с подлежаща линейна фрактура в дясна темenna област; кръвоизлив под твърда мозъчна обвивка с обем 150мл; кома.*

Варианти: 1. Умира преди оказване на медицинска помощ;

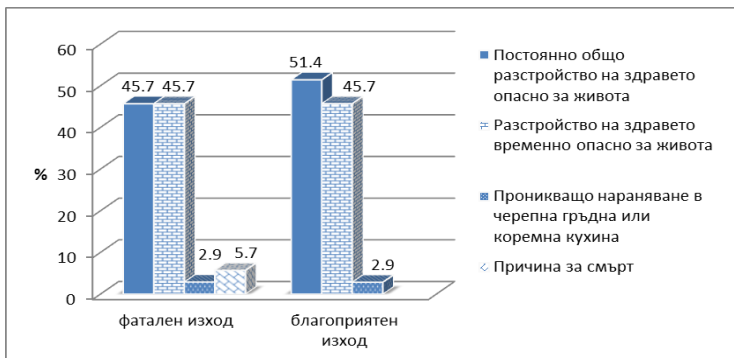
2. След извършена трепанация и евакуация на хематома, смъртният изход е преодолян;

Всички 35 респонденти дават оценка по този казус. Двама от експертите дават различна квалификация според изхода от травмата - при смърт преди приложено лечение отказват да го разглеждат и оценяват като телесна повреда, а го квалифицират като убийство (причина за смърт). Когато след приложено лечение пациентът остава жив, го приемат като постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота. Като цяло експертите са отговорили с три различни медико-биологични квалификации: проникващо нараняване в черепна, гръдна или коремна кухина, постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота и разстройство на здравето, временно опасно за живота (Фигура 2).

Мнението на експертите не е единодушно по този казус. С еднаква тежест се изразяват двете квалификации: постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота и разстройство на здравето, временно опасно за живота.

Коефициентът на съгласие между квалификацията в зависимост от изхода от медицинската намеса е 0,897 $p < 0,0001$, показващ че няма значими разминавания в медико-биологичната квалификация в зависимост от изхода от лечението.

Фигура 2. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмата по казус 1



При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата тя еднозначно се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по два основни показателя - като рана, проникваща в черепната кухина (6.1.1) и като (6.1.3) - субдурален хематом с наличие на общомозъчна, огнищна или стволова симптоматика. AIS оценката за тежестта на тази травма еднозначно е 5 - критична за живота травма.

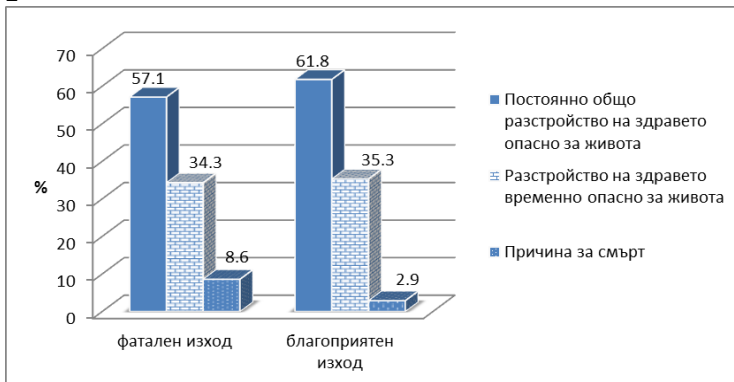
Казус 2. Жена на 25г. с огнестрелно нараняване и разкъсване на дясна феморална артерия.

Варианти:

1. Умира преди оказване на медицинска помощ с картина на остра кръвозагуба.
2. Смъртта е преодоляна след медицинска намеса.

На втория казус са получени отговори от всички участници в проучването. И тук се установява раздвояване на мненията на експертите между медико-биологичните квалификации: постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота и разстройство на здравето, временно опасно за живота.

Фигура 3. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмата по казус 2



Коефициентът на съгласие между квалификацията в зависимост от изхода от медицинската намеса е 0,889 $p < 0,0001$, показващ, че няма значими разминавания в медико-биологичната квалификация в зависимост от изхода от лечението. При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя разкъсване на голям кръвоносен съд – бедрена артерия (6.1.26).

AIS оценката за тази травма е 4 - Много тежка (в случай на смърт) и 3 – тежка в случай на оцеляване.

Казус 3. *Дете на 12г. е ритнато в лява коремна половина. След проведени изследвания е установен субкапсулен кръвоизлив в слезката с обем на кръвоизлива около 50мл. Необходима е медико-биологична квалификация на травмата два дни след инцидента.*

На този въпрос 20% от респондентите не са дали отговор, без да посочат съображенията си. Сред получените отговори се налага мнението на 75% от експертите, че в случая се касае за разстройство на здравето, временно опасно за живота, но почти 20% от експертите са се спряли на квалификацията временно разстройство на здравето, неопасно за живота.

Фигура 4. Медико-биологични квалификации по казус 3



При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя се определя с медико-биологична квалификация за лека телесна повреда по показателя временно нарушение на функция на органи и /или/ системи с продължителност до три седмици от момента на причиняване на травмата до 21 дни включително, или краковременно разстройство на здравето (8.1). AIS оценката за тази травма е 2 - средна (или умерена) по тежест травма.

Казус 4. *Жена на 78г. с изгаряне на 55% от кожна повърхност от II-III степен със засягане на шия, гърди, гръб, седалище и част от долни крайници.*

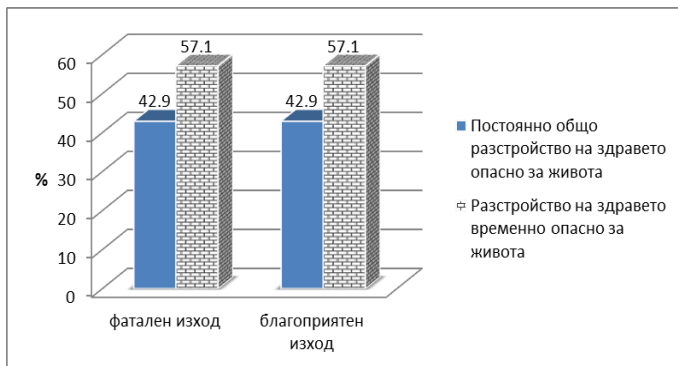
Варианти:

- 1. Умира на седми ден след инцидента, след развила се пневмония.*

- 2. След извършена присадка на кожа се възстановява*

Всички експерти са посочили отговори, като отново се установява раздвояване на мненията. Малко под половината – 42,9% са определили постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота, а 57,1% са приели квалификацията разстройство на здравето, временно опасно за живота.

Фигура 5. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмата по казус 4



При този казус има пълно 100% съгласие в отговорите на експертите, при двата варианта в зависимост от медицинската намесата. Коефициентът капа е равен на 1, $p < 0,0001$.

При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя термични изгаряния II степен с площ на поразяване над 20% от повърхността на тялото (6.1.28).

AIS оценката за тази травма е 5 - Критична за живота травма.

Казус 5. Мъж на 24г. след пътнотранспортно произшествие (ПТП) е с политравма и клинично изразен шок от III – IV степен, с полиорганна недостатъчност.

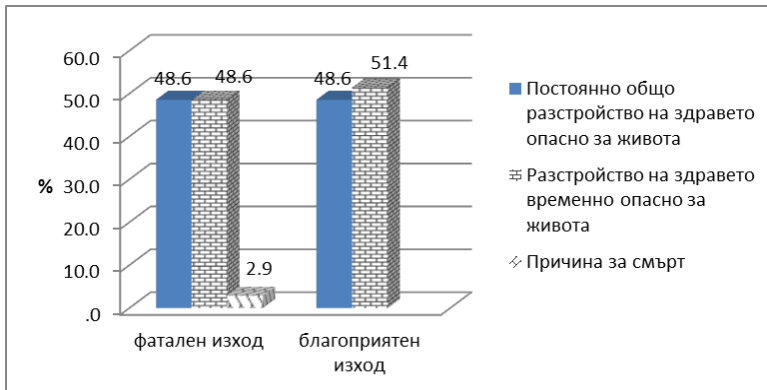
Варианти: 1. Умира на втори ден след инцидента.

2. След лечение в рамките на четири месеца, пациентът се възстановява.

Получени са 35 отговора на този казус. Един от експертите не квалифицира случая като телесна повреда, а като причина за смърт. Останалите мнения се раздвояват между алтернативите: постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота и разстройство на здравето, временно опасно за живота (фиг.6).

Съществува почти пълно съгласие между отговорите в зависимост от медицинската намеса $\kappa = 0,944$, $p < 0,0001$. При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя Тежък шок /III – IV степен/ (6.2.1).

Фигура 6. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмата по казус 5



Тъй като AIS скалата е анатомична и оценява травмите поотделно, така формулиран, казусът не може да се квалифицира. Ако в примера имаше посочени конкретни травми, а не шок и политравма то оценка за тежестта ѝ би се направила по най-тежката получена травма.

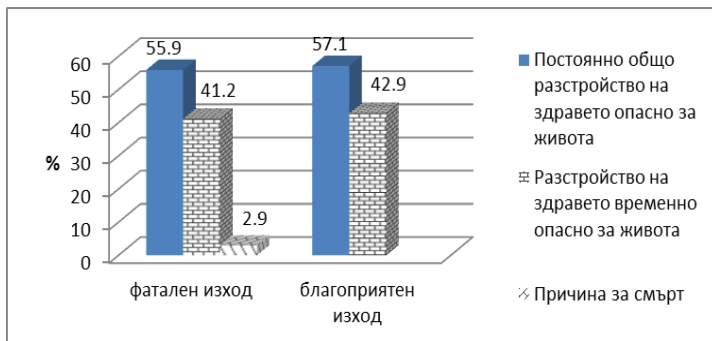
Казус 6. Мъж на 52г. е с разкъсване на уретра и пикочен мехур в резултат на огнестрелно нараняване.

Варианти: 1. Умира на трети ден след инцидента с клинична картина на уросепсис.

2. Възстановява се след няколко хирургични интервенции.

Отговори са получени от 34 респонденти. Един от тях не възприема случая като телесна повреда, а като причина за смърт. Мненията на останалите са разпределени почти поравно между квалификациите постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота и разстройство на здравето, временно опасно за живота.

Фигура 7. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмата по казус 6



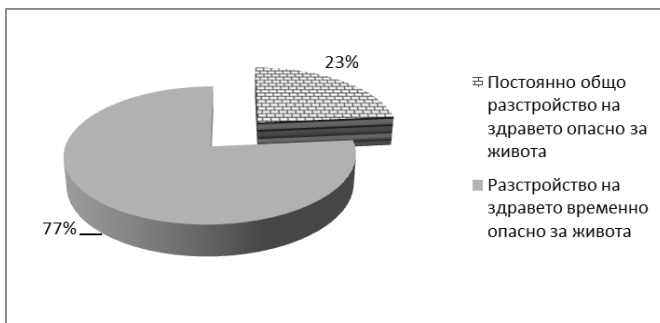
Коефициентът на съгласие между отговорите в зависимост от медицинската намеса и изхода от травмата е $k=0,942$, $p<0,0001$. При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя еднозначно се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя увреждане /разкъсване/ на тазов орган - открито и/или закрито увреждане на пикочния мехур (6.1.21).

AIS оценката за тази травма е 4 - Много тежка за живота травма.

Казус 7. *Мъж на 39г. е със закрит черепно-мозъчна травма (ЧМТ) и кръвоизлив над твърда мозъчна обвивка с обем 100мл, констатирани по време на неврохирургична операция. След продължително лечение остава жив.*

Отговори са получени от 34 експерти. Оформя се доминиращо мнение, че при този казус се касае за разстройство на здравето, временно опасно за живота, но все пак, 23% (една четвърт) от респондентите са посочили постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота.

Фигура 8. Медико-биологични квалификации по казус 7



При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя епидурален хематом с наличие на общомозъчна, огнищна или стволлова симптоматика (6.1.3).

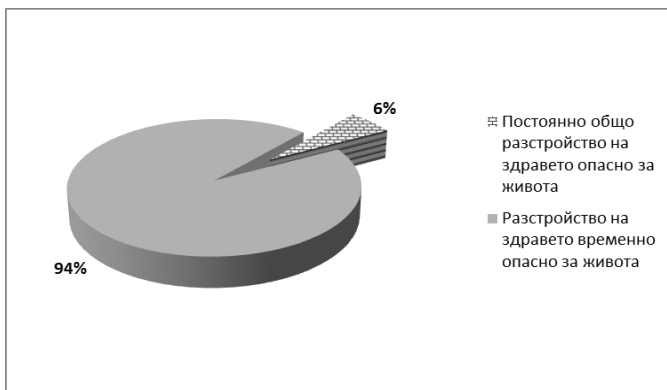
AIS оценката за тази травма е 5 - критична за живота травма.

Казус 8. *Пациент с подкоров травматичен мозъчен кръвизлив - 15 куб.см, е в кома след травмата в продължение на 2 часа. Впоследствие пациентът се възстановява.*

И в този случай са получени 34 отговора. Почти всички респонденти се обединяват, че се касае за разстройство на здравето, временно опасно за живота.

Този случай е единственият, в който има почти пълно единодушие, че следва да се приложи определена медико-биологична квалификация, а именно средна телесна повреда.

Фигура 9. Медико-биологични квалификации по казус 8



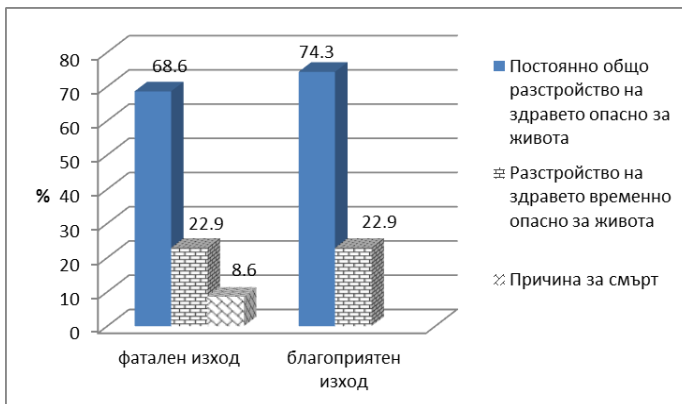
Според руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя еднозначно се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя кома с различна етиология II-III степен, (6.2.2), като може да се квалифицира и по показателя (6.1.3) - вътречерепна травма с вътремозъчен кръвоизлив при наличие на общомозъчни, огнищни и стволони симптоми. По AIS скалата травмата се приема като тежка /сериозна/ - с оценка 3.

Казус 9. Жена на 44г. е с разкъсване на вена кава супериор, загуба на около 1,5 л. кръв, с данни за въздушна емболия в дясна сърцева камера.

Варианти: 1. Жената загива при подготовка за операция.
2. Жената се възстановява след продължително лечение.

Получени са 34 отговора. Почти две трети от експертите квалифицират случая като постоянно разстройство на здравето опасно за живота, но една трета посочват разстройство на здравето временно опасно за живота.

Фигура 12. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмата по казус 9



Съгласието между отговорите в зависимост от изхода от медицинската намеса е=0,869, $p<0,0001$.

При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя еднозначно се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя разкъсване на голям кръвоносен съд – съпровождаща големи артерии магистрална вена (6.1.26).

AIS оценката за тази травма е 5 - критична за живота.

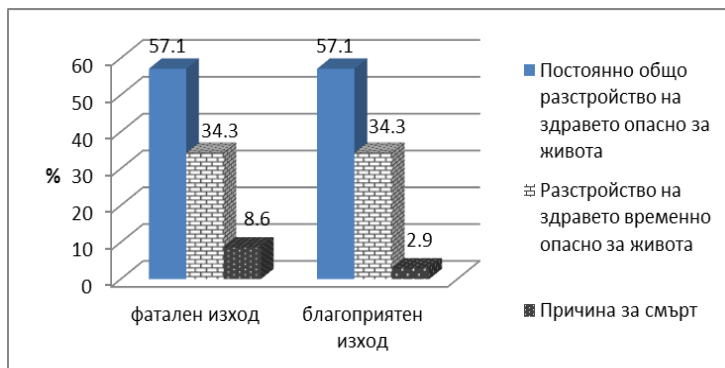
Казус 10. Жена на 22г., по време на работа получава бутилка със солна киселина вместо сок. Изпива неуточнено количество. Получава тежко изгаряне на хранопровода с руптура.

Варианти: 1. Умира при подготовка за операция.

2. След извършена серия от операции се възстановява.

Получени са 35 отговора. Почти 9% от експертите отказват да разглеждат казуса като телесна повреда, а го тълкуват като причина за смърт. Половината го квалифицират като постоянно разстройство на здравето, опасно за живота.

Фигура 11. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмата по казус 10



Въпреки, че съгласието между отговорите въз основа на изхода от медицинската намеса е статистически значим $k=0,794$, $p<0,001$, в този случай за първи път се появява и четвърта квалификация. Една част от експертите, разглеждащи случая като причина за смърт, в случай на оцеляване все пак са склонни да разгледат казуса като телесна повреда и я квалифицират като постоянно разстройство на здравето, неопасно за живота.

При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя еднозначно се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя закрито разкъсване на органи от коремната кухина (6.1.16).

AIS оценката за тази травма е 5 - Критична за живота.

Казус 11. Жена на 33г., при ПТП получава закрыта гръдна травма с контузия на сърцето, изразена с аритмия и дискретни ЕКГ промени в продължение на денонощие. След активно наблюдение и консервативно лечение е изписана без здравословни проблеми.

Получени са 29 отговора на този казус (17% от експертите не са дали квалификация). Има доминиращо мнение – 86% от експертите определят, че става дума за разстройство на здравето, **временно опасно** за живота, но в същото време има застъпени още две мнения.

Фигура 12. Медико-биологични квалификации по казус 11



При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя се определя с медико-биологична квалификация за лека телесна повреда по показателя временно нарушение на функции на органи и/или системи с продължителност до три седмици (8.1).

AIS оценката за тази травма е 1 - лека травма.

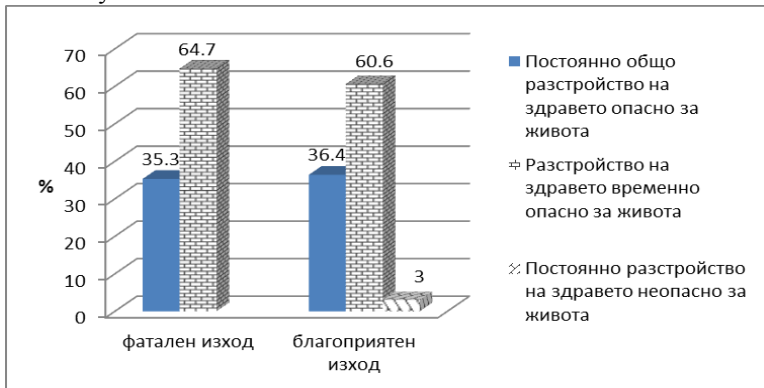
Казус 12. Мъж на 44г., при пътно ПТП получава закрыта гръдна травма с контузия на сърцето, изразена с разкъсване на вътресърцевата хорда тендинеум.

Варианти: 1. Пациентът умира на втория ден след инцидента.

2. След проведена кардиохирургична операция проблемът е отстранен.

Получени са 34 отговора. Слабо преобладава мнението, че в случая се касае за разстройство на здравето, временно опасно за живота. Двама експерти са променили квалификацията, която дават, в зависимост от изхода от медицинката интервенция, като при благоприятния изход са квалифицирали случая като постоянно разстройство на здравето, неопасно за живота. Коефициентът на съгласие между отговорите е $k = 0,937$, $p < 0,001$. При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя закрыто увреждане /контузия/ на органи от гръдната кухина (6.1.10).

Фигура 13 Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмите по казус 12



AIS оценката за тази травма е 5 - Критична за живота.

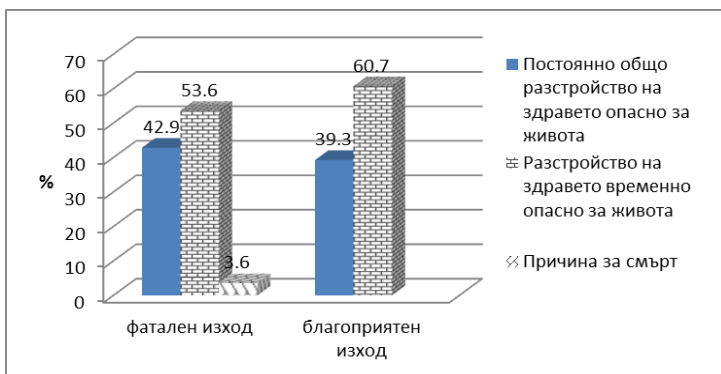
Казус 13. Мъж на 25г., след взрив, поставен на вратата на апартамента където живее, получава от взривната вълна двустранна взривна травма на белите дробове, изразена с кръвоизливи в паренхима на белите дробове, като са установени и въздушни емболи.

Варианти: 1. Пациентът умира след 18 часа.

2. След активно лечение пациентът оцелява.

Получени са 28 отговора. Един от експертите разглежда случая като причина за смърт. Почти поравно се разпределят мненията между квалификациите постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота и разстройство на здравето, временно опасно за живота.

Фигура 14. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмата по казус 13



Съгласието между отговорите в зависимост от медицинската намеса е традиционно високо и статистически значимо, $k=0,852$, $p<0,001$.

При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя закрито увреждане на органи от гръдната кухина (6.1.10).

AIS оценката за тази травма е 5- критична за живота.

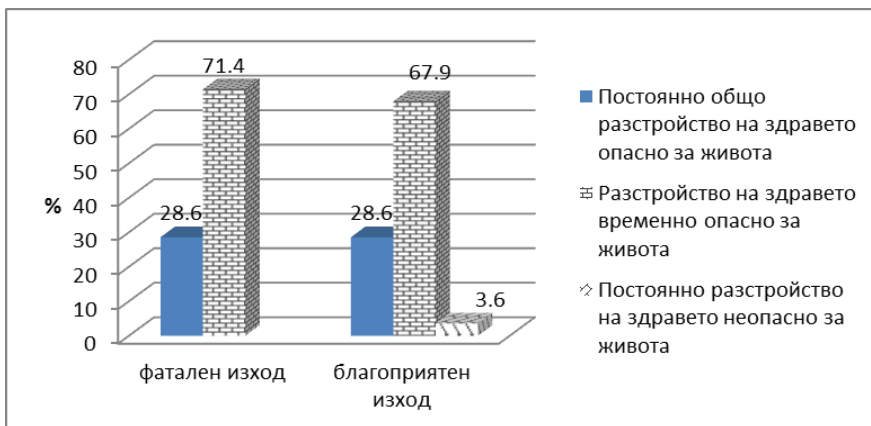
Казус 14. Мъж на 18г., след ПТП получава закрыта гръдна травма, изразена с тежка контузия на горен лоб на ляв и десен бял дроб.

Варианти: 1. Пациентът умира на следващия ден.

2. След активно лечение пациентът оцелява.

Получени са 28 отговора. Доиминира схващането, че при този казус се касае за разстройство на здравето, временно опасно за живота, но повече от една четвърт от експертите дават по-тежката квалификация - постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота.

Фигура 15. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмите по казус 14



Един от експертите само се е повлиял от възможностите за различен изход от медицинската намеса, като в случая с оцеляване на пациента е променил квалификацията от разстройство на здравето, временно опасно за живота на постоянно разстройство на здравето, неопасно за живота.

Като цяло има висока степен на съгласие на мненията на експертите в зависимост от изхода от медицинската интервенция – $k=0,918$, $p<0,001$.

При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя еднозначно се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя закрито увреждане на органи от гръдната кухина (6.1.10).

AIS оценката за тази травма е 4 - Много тежка.

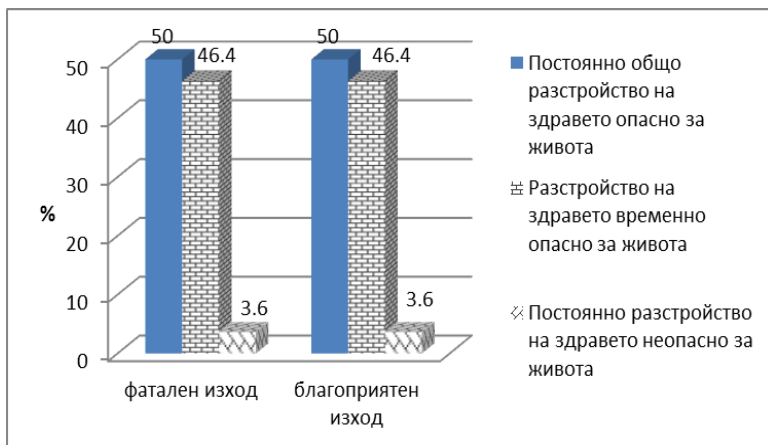
Казус 15. Мъж на 22г., след ПТП получава гръдна травма изразена със счупване на пето и шесто ребро в ляво, с разместване на фрагменти, разкъсване на перикардна торбичка с оформяне на херния на сърцето.

Варианти: 1. Пациентът умира на втори ден след инцидента

2. След проведена кардиохирургична операция проблемът е отстранен

Получени са 28 отговора, които са почти поравно разпределени между алтернативите: постоянно общо разстройство на здравето и разстройство на здравето, временно опасно за живота.

Фигура 16. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмите по казус 15



В този случай е налице пълно 100% съвпадение на отговорите, независимо от изхода от медицинската интервенция. При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя еднозначно се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя закрито увреждане на органи от гръдната кухина (6.1.10). AIS оценката за тази травма е 5 - Критична за живота.

Казус 16. Мъж на 18г., след ПТП получава гръдна травма изразена със счупване на пето и шесто ребро в дясно; над 50% колабирал десен бял дроб /доказано рентгенологично/; масивен хемопневмоторакс.

Варианти: 1. Пациентът умира в деня на инцидента

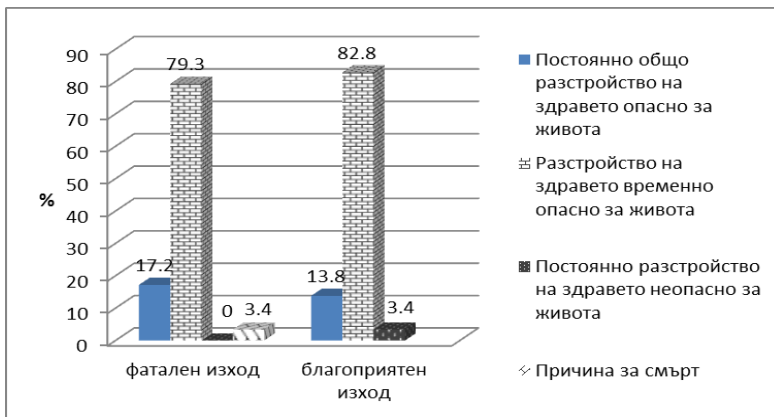
2. След хирургична операция пациентът оцелява.

Отговори са получени от 29 експерти. Според един от експертите казусът във варианта му със смъртен изход, не може да се разглежда като телесна повреда, а като причина за смърт. Определено има доминиращо мнение, като между 79% и 83% от експертите считат, че се касае за разстройство на здравето, временно опасно за живота.

Степента на съгласие в зависимост от изхода (фатален или положителен) при този казус е относително по-ниска, коефициентът капа е равен на 0,677 $p < 0,0001$.

При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя еднозначно се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя закрито увреждане на органи от гръдната кухина (6.1.10).

Фигура 17. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмите по казус 16



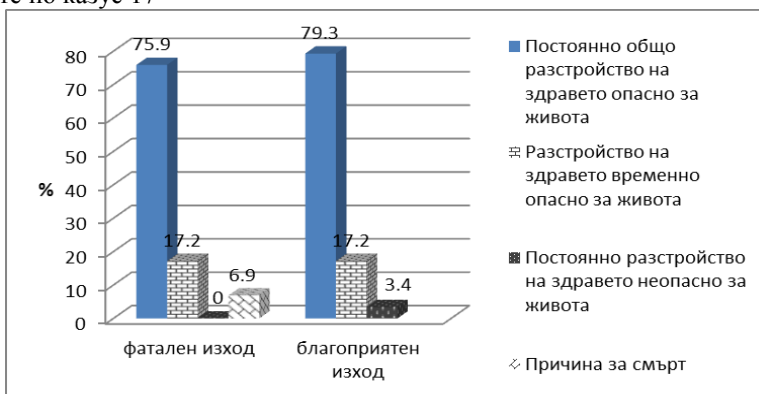
AIS оценката за тази травма е 5 - критична за живота.

Казус 17. При трудова злополука мъж на 58г. е затиснат от метална греда. Получава паренхимно размачкване на над 75% от десен чернодробен лоб.
 Варианти: 1. Пациентът умира в деня на инцидента.

2. След проведена хирургична операция пациентът оцелява.

Получени са 29 отговора. Петима от експертите считат, че случаят не може да се разглежда като телесна повреда и посочват несъществуващи квалификации. Оформя се доминиращото мнение, че се касае за постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота – почти 80% от експертите се обединяват около този отговор.

Фигура 18. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмите по казус 17



Коефициентът на съгласие между квалификацията в зависимост от изхода от казуса е висок: $\kappa=0,813$ $p<0,0001$. При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя се определя с медико-биологична

квалификация за тежка телесна повреда по показателя закрито увреждане на органи от коремна кухина (6.1.16). AIS оценката за тази травма е 5 - критична за живота.

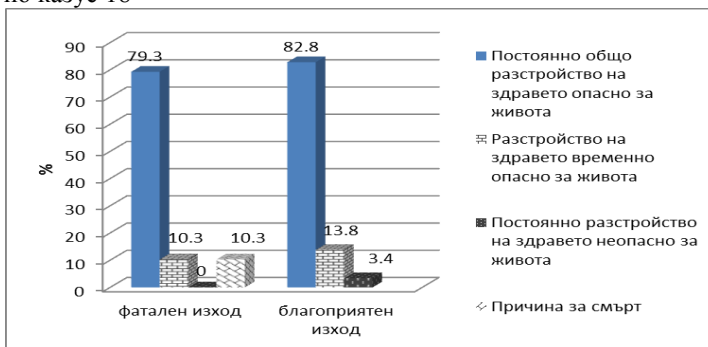
Казус 18. При трудова злополука мъж на 44г. е затиснат от метална греда. Получава обширно разкъсване на стомаха с излив на стомашно съдържимо в коремната кухина.

Варианти: 1. Пациентът умира в деня на инцидента.

2. След проведена хирургична операция пациентът оцелява.

И тук са получени 29 отговора. Трима от експертите отказват да разглеждат казуса като телесна повреда. Останалите се обединяват около мнението, че се касае за постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота – според почти 80% от експертите.

Фигура 19. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмите по казус 18



Коефициентът на съгласие $k=0,686$, $p<0,001$, което е малко по-слабо от приетия праг за висока степен на съгласие 0,7. При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя еднозначно се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя закрито увреждане на органи от коремна кухина (6.1.16).

AIS оценката за тази травма е 4 - Много тежка.

Казус 19. Трудова злополука с мъж на 54г. затиснат от метална греда. Получава множество разкъсвания по панкреаса.

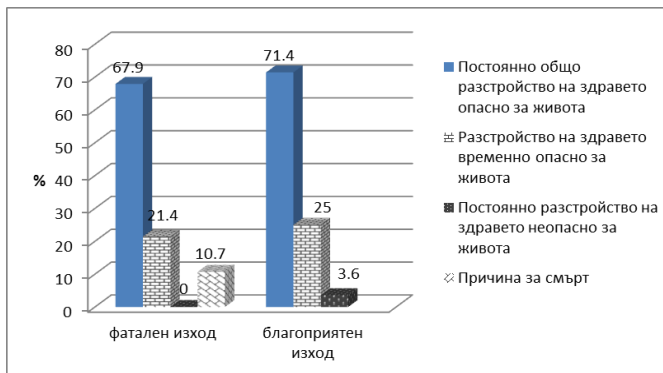
Варианти: 1. Пациентът умира в деня на инцидента.

2. След проведена хирургична операция пациентът оцелява.

Получени са 28 отговора. Трима от експертите посочват несъществуващи квалификации. От останалите почти 70% се обединяват около мнението, че се касае за постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота. В този случай коефициентът на съгласие между медико-биологичната квалификация в зависимост от изхода от казуса е $k=0,768$, $p<0,0001$.

При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя еднозначно се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя закрито увреждане на органи от коремна кухина (6.1.16).

Фигура 20. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмите по казус 19

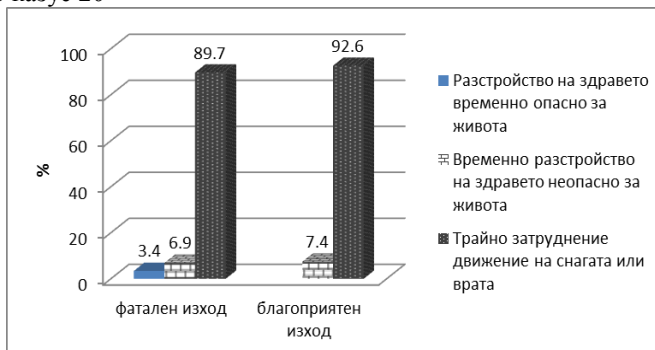


AIS оценката за тази травма е 4 - много тежка.

Казус 20. Жена на 59г., при ПТП получава счупване на процеси трансверзи на трети шиен прешлен с дислокация, но без изразена неврологична симптоматика.
 Варианти: 1. Оказана е своєвременна медицинска помощ и пациентката оцелява
 2. Пациентката умира в болницата на 12 ден от остър инфаркт на миокарда

Получени са 29 отговора. Шестима експерти не квалифицират казуса като телесна повреда. Почти 90% от експертите считат, че се касае за трайно затруднение движението на снагата или врата.(фиг. 23) Съществува пълно съгласие между медико-биологичните квалификации в зависимост от изхода от казуса $k=1$, $p<0,001$. При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя се определя с медико-биологична квалификация за средна телесна повреда по показателя - временно нарушение на функциите на органи и/или системи с продължителност над три седмици /над 21 дни/ (7.1).

Фигура 21. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмите по казус 20



AIS оценката за тази травма е 2 - средна /умерена/ по тежест травма.

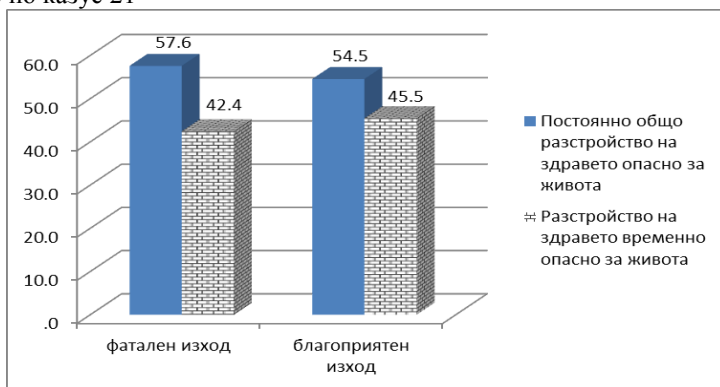
Казус 21. *Работник на 48г. е блъснат от стрела на кран при ремонт на кораб и пада във водата. Не умеел да плува и започнал да се дави. Извлечен е от водата в състояние на клинична смърт. След оказана на място реанимационна помощ е настанен в ОАРИЛ където:*

Варианти:

- 1. Пациентът умира на трети ден след лечението без да излезе от кома*
- 2. След проведено активно лечение и едномесечен престой в болница, пациентът оцелява.*

Получени са 33 отговора, като мненията на експертите се разделят почти поравно между двете възможности: постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота и разстройство на здравето, временно опасно за живота.

Фигура 22. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмите по казус 21



Степента на съгласие между квалификациите в зависимост от изхода от казуса е почти пълна $k=0,939$, $p<0,001$.

При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя остра дихателна недостатъчност, тежка степен (6.2.6) или (6.2.2) - Кома II-III степен с различна етиология.

AIS оценката за тази травма е 5 - критична за живота.

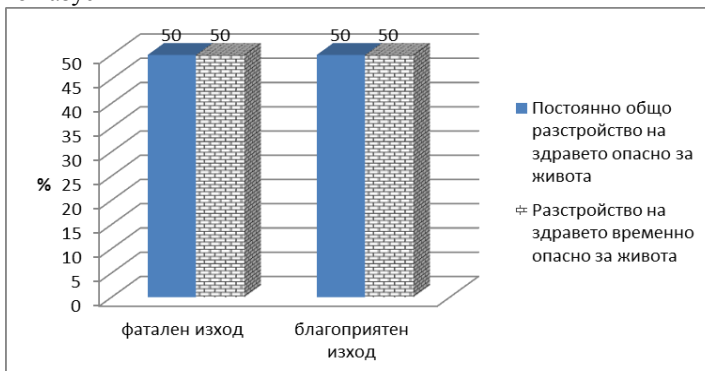
Казус 22. *При ремонт на електромер в жилищен блок, мъж на 47г. е засегнат от електрически ток. Лекарски екип на бърза помощ констатира "сърдечен арест".*

Варианти:

- 1. Пациентът умира след пет часа в ОАРИЛ*
- 2. След проведено активно лечение пациентът оцелява*

Получени са 33 отговора от експерти. Няма доминиращо схващане. Мненията им отново се разделят поравно между двете възможности: постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота и разстройство на здравето, временно опасно за живота.

Фигура 23. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмите по казус 22



И тук установяваме пълно съгласие в квалификациите, независимо от изхода от казуса $\kappa=1,0, p<0,001$.

При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя еднозначно се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя различни видове механични асфиксии - последици от въздействие на техническо или атмосферно електричество (6.2.10).

AIS оценката за тази травма е 5 - критична за живота.

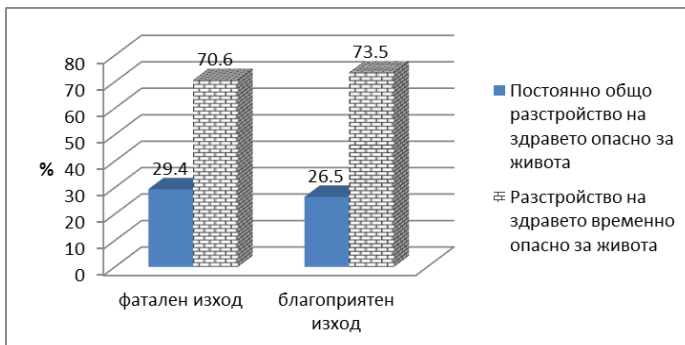
Казус 23. В месопреработвателно предприятие работничка на 58г. остава заключена в хладилна камера. Намерена е в състояние на тежка хипотермия с телесна температура 27°C

Варианти: 1. Пациентката умира след пет часа в ОАРИЛ.

2. След проведено активно лечение пациентката оцелява.

Само един експерт не дава отговор при този казус. Над 70% от респондентите считат, че се касае за разстройство на здравето, временно опасно за живота.

Фигура 24 Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмите по казус 23



Много висока степен на съгласие в зависимост от изхода (фатален/нефатален) $\kappa=0,927$, $p<0,001$.

При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя различни видове механични асфиксии - последици от общо въздействие на ниски температури- преохлаждане на организма (6.2.10).

AIS оценката за тази травма е 5 /Критична за живота /.

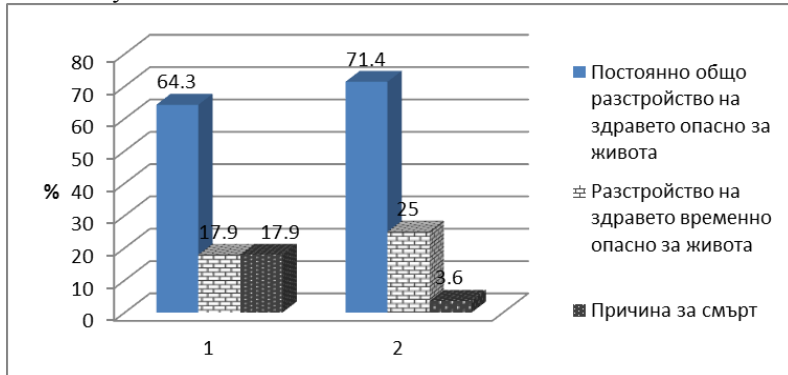
Казус 24. След нанесен побой мъж на 42г. получава многофрагментно счупване на всички ребра двустранно; част от ребрата са с разместване на костни фрагменти; има двустранна контузия на белите дробове и генерализиран подкожен емфизем; ограничен хемо и пневмоторакс.

Варианти: 1. Пациентът умира на място

2. Пациентът умира след 4 часа в ОАРИЛ

Получени са 28 отговора. Петима експерти считат, че се касае за несъвместимо с живота състояние и не квалифицират казуса като телесна повреда. Сред останалите доминира схващането, че се касае за постоянно разстройство на здравето, опасно за живота.

Фигура 25. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмите по казус 24



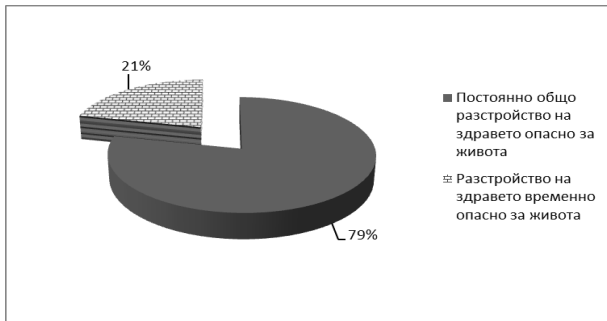
Има висока степен на съгласие $\kappa=0,709$, $p<0,001$. При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя еднозначно се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя множествени двустранни счупвания на ребра (6.1.11).

AIS оценката за тази травма е 5 - критична за живота.

Казус 25. Дете на 8г. с ръст 130 см и тегло 25 кг в резултат на ПТП е с прерязана брахиална артерия. Загубва около 750мл кръв.

Получени са 28 отговора. Почти 80% от експертите квалифицират казуса като постоянно разстройство на здравето опасно за живота.

Фигура 26. Медико-биологични квалификации по казус 25



При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя еднозначно се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя – остра, обилна или масивна кръвозагуба (6.2.3).

AIS оценката за тази травма е 5 - критична за живота.

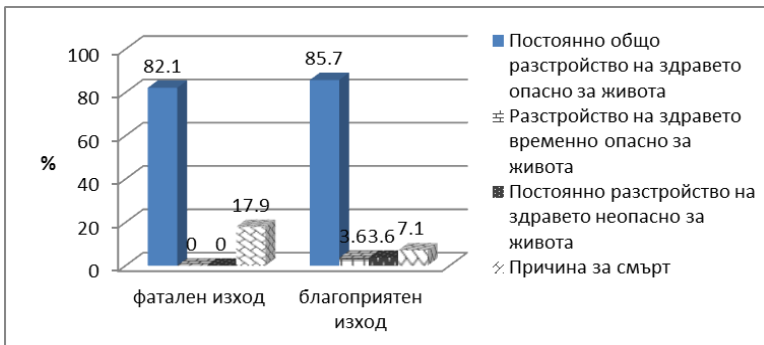
Казус 26. Мъж на 23г. получава прободно порезно нараняване на дясна сърцева камера. Ножа остава забит в сърцето.

Варианти: 1. Пациентът умира на път за болницата.

2. След извършена операция запазва живота си.

Получени са 28 отговора. Петима експерти разглеждат казуса като несъвместимо с живота състояние. Над 80% го квалифицират като постоянно общо разстройство на здравето опасно за живота.

Фигура 29. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмите по казус 26



Тук степента на съгласие е недостатъчна $\kappa=0,5$, $p<0,001$. При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя еднозначно се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателярана проникваща в гърдната кухина травма (6.1.9).

AIS оценката за тази травма е 6 – Максимална, неподлежаща на лечение в настоящият момент.

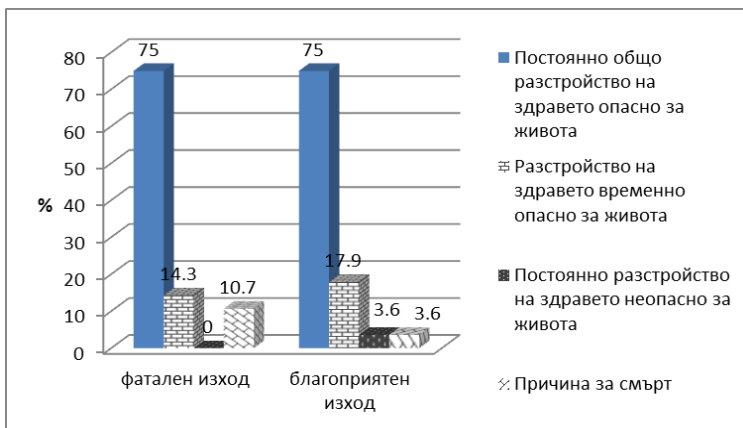
Казус 27. При взрив мъж на 30г. получава масивно разкъсване на ларинкса вкл. щитовидния и крикоидния хрущял.

Варианти: 1. Пациентът умира на път за болницата

2. След извършена операция пациентът оцелява

Получени са 28 отговора. Три четвърти от експертите квалифицират случая като постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота.

Фигура 28. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмите по казус 27



Съгласието между квалификациите в зависимост от изхода от казуса, макар и статистически значимо, е слабо $\kappa = 0,480$

При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя еднозначно се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя счупване на хрущяли на гръкляна (6.1.5).

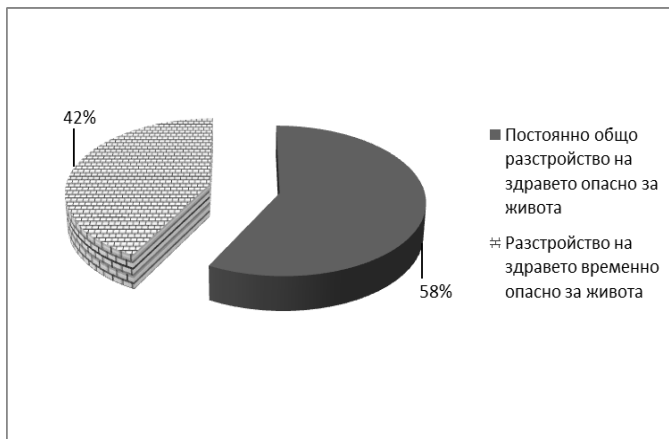
AIS оценката за тази травма е 5 - критична за живота.

Казус 28. При огнестрелно нараняване жена на 42г. получава пълно разкъсване на щитовидната жлеза.

Получени са 26 отговора. Мненията на експертите се разделят почти поравно между двете възможности: постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота и разстройство на здравето, временно опасно за живота.

При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя нараняване на щитовидната жлеза (6.1.4). AIS оценката за тази травма е 2 Средна /умерена степен.

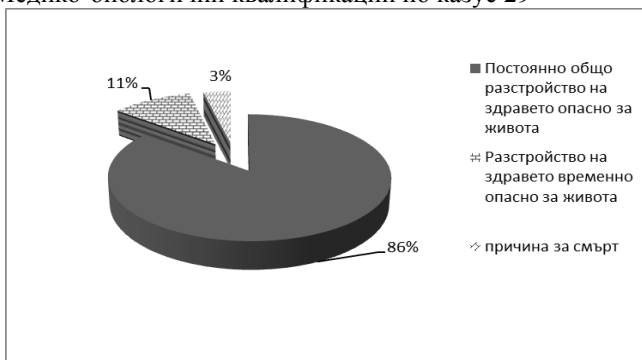
Фигура 29. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмите по казус 28



Казус 29. При сбиване, мъж на 19г. получава дълбоко порезно нараняване на шията с прерязване на дясна сънна артерия.

Получени са 28 отговора. Един от експертите счита че се касае за несъвместимо с живота състояние. Доминиа мнението че увреждането в този казус трябва да се квалифицира като постоянно общо разстройство на здравето опасно за живота – 86% от отговорите.

Фигура 30. Медико-биологични квалификации по казус 29



При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя увреждане на големи кръвоносни съдове сънна артерия (6.1.26).

AIS оценката за тази травма е 4 - Много тежка.

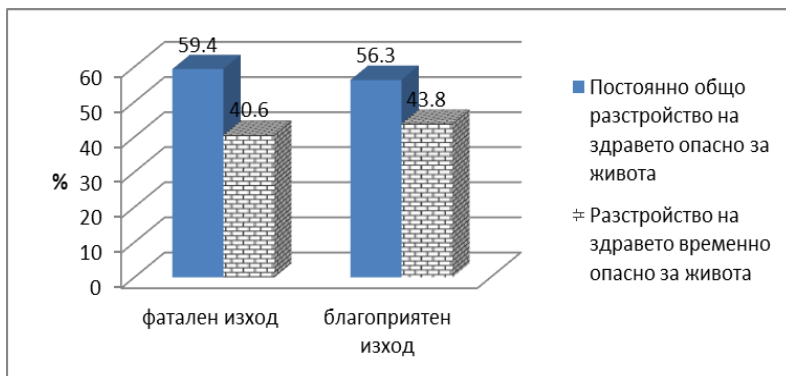
Казус 30. При пътнотранспортно произшествие жена на 38г. получава дифузно аксонално увреждане с кома в продължение на 48 часа.

Варианти: 1. Пациентката умира след пет денонощия в ОАРИЛ

2. След проведено активно лечение пациентката оцелява.

Получени са 32 отговора. Мненията на експертите отново се раздвояват почти поравно между възможностите постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота и разстройство на здравето, временно опасно за живота.

Фигура 31. Медико-биологични квалификации в зависимост от изхода на травмите по казус 30



Има висока степен на съгласие в зависимост от изхода от казуса $\kappa=0,936$, $p<0,001$. При прилагане на руските критерии за оценка на тежестта на травмата, тя се определя с медико-биологична квалификация за тежка телесна повреда по показателя дифузно аксонално увреждане на главния мозък (6.1.3). AIS оценката за тази травма е 5 - критична за живота.

Обобщение на резултатите от медико-биологичната квалификация на казусите в проучването

Основният резултат от направения анализ са доказаните сериозни различия в преценките при медико-биологичната квалификация на телесните повреди от съдебномедицинските експерти в страната. На практика пълно съгласие между експертите не се постигна по нито един от включените в проучването казуси.

Доминиращо мнение, изразено от над 90% от експертите, е получено при един единствен казус – осми, в който пациент получава малък по обем вътремозъчен травматичен кръвоизлив. Почти всички експерти - 94% квалифицират случая като разстройство на здравето, временно опасно за живота. Същевременно според руската система се касае за тежка телесна повреда, а според американската система става въпрос за AIS 3 „тежка травма”.

В половината (15) от казусите има преобладаващо експертно мнение за една от медико-биологичните квалификации, но не може да не се отчете факта, че съществен процент, често повече от една четвърт от експертите, възприемат друга категория телесна повреда.

Във втората половина от казуси (14) мненията на експертите са разделени на две равностойни групи - едните приемат случаите с квалификация на тежка телесна повреда, а другата половина - с квалификация на средна телесна повреда. Различната оценка се дължи най-вече на следните два фактора:

1. Липсата на обективни критерии и нормативни правила, регламентиращи степента на тежест на травмата.
2. Неясни и противоречиви тълкувания на Върховния съд и съдебната практика относно приемането на медико-биологичните квалификации “постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота” и “разстройство на здравето, временно опасно за живота”.

Важно е да се отбележи, че в почти всички случаи квалификацията определена от експертите не се влияе от изхода на травмата. Очевидно този принцип е възприет в съдебномедицинската ни практика.

Друг интересен резултат от анализа на казусите е, че се установяват статистически значими разлики в медико-биологичните квалификации на телесните повреди в зависимост от региона или „школата”, с която работят експертите.

Изключително важен аспект на анализа е степента на съгласие между медико-биологичната квалификация по руската и AIS системата от една страна, и българския подход - от друга, както и съгласието между руската и американската система.

Руската квалификация на уврежданията и американската система за оценка тежестта на травмите се различават в обхвата на скалите, на които се основават: руската система използва тристепенна скала, а американската използва шестстепенна скала.

Ако се приеме, че лека телесна повреда от руската система отговаря на минимална травма от американската система, средна телесна отговаря на умерена по тежест травма от американската, а тежка телесна съответства на сериозна, тежка, критична и максимална травма от американската система, то съгласието между двете системи е изключително високо. От тридесет казуса, включени в проучването, при 27 има пълно съвпадение, при два няма такова, а по един от казусите не може да се оцени съгласие, тъй като американската система не е приложима за оценка на функционално увреждане.

В 90% от случаите е налице съгласие между руската и американска система за оценка на уврежданията, което се оценява с коефициента на кохен – $k=0,689$ $p<0,001$.

Същевременно не се установява статистически значимо съгласие между преобладаващата квалификация на казусите от българските експерти както спрямо руската квалификация, така и спрямо американската система за оценка тежестта на травмите.

Резултите ни показват, че в немалко от казусите травми, оценени като критични за живота по американската система или тежки увреждания на здравето според руския подход, са квалифицирани от почти 50% от българските експерти като средни по тежест травми, изразяващи се в разстройство на здравето, временно опасно за живота. Като примери казуси – 4, 7, 10, 12, 13, 15, 16, 21, 22, 23, 30.

Фрапиращ пример е казус 23 с тежка хипотермия, оценен като критична по тежест травма от американската система, или тежко увреждане на здравето според руската система, докато 71% от българските експерти го квалифицират като състояние, временно опасно за живота.

Резултатите от това проучване дават основание да се предприеме второ проучване, при което да се оцени в дълбочина приложимостта на руската и американски системи за оценка на травмите върху достатъчно голям брой реални случаи от практиката.

2. Резултати от второ проучване

Анализирани са общо 12428 експертиси. От тях 76,1% (9461) експертиси са по повод причинени телесни увреждания. В настоящото проучване са включени всички 1147 експертиси, които представляват 13,9% от експертисите за телесни повреди. (Таблица 2) В тях експертите са квалифицирали поне една от травмите като опасна за живота.

Таблица 2. Обхват на експерти, експертиси и травми във 2-ро проучване

Област	Брой експерти	Общ брой проучени експертиси	Експертиси свързани с телесни повреди	Експертиси свързани с опасност за живота
Добрич	1	962	659	105
Стара Загора	3	1505	1308	164
Силистра	1	626	566	70
Русе	2	2028	1203	134
Бургас	2	2643	2288	208
Варна	9	3429	2417	330
Габрово	1	264	166	41
Шумен	1	971	854	95
Общо	20	12428	9461	1147

В проучените 1147 експертиси, свързани с опасност за живота, експертите описват общо 1306 квалификации, отнасящи се до опасност за живота. Различието между броя на експертисите и броя на квалификациите (надвишаващ експертисите) се дължи на факта, че някои експерти квалифицират всяка травма поотделно, а други квалифицират травмите в съвкупност. Това е важно различие в практиката на отделните съдебномедицински експерти.

Създадена е база с данни, в която всяка от 1306 –те квалификации е въведена така, като съществува в официалните експертиси, изготвени за нуждите на правораздаването. Допълнително всяка от тях е оценена и кодирана по системата AIS 2005 и по руската система за квалификация тежестта на травмите. Тъй като бе невъзможно една от травмите да се кодира по системата AIS,

последващите анализи се отнасят до 1305 травми и техните медико-биологични квалификации.

2.1 Описание на случаите с опасност за живота

От изследваните 1305 травми, приети като „опасни за живота”, 1108 (84,9%) са квалифицирани като временно опасни за живота, а 197 (15,1%) като постоянно опасни за живота.

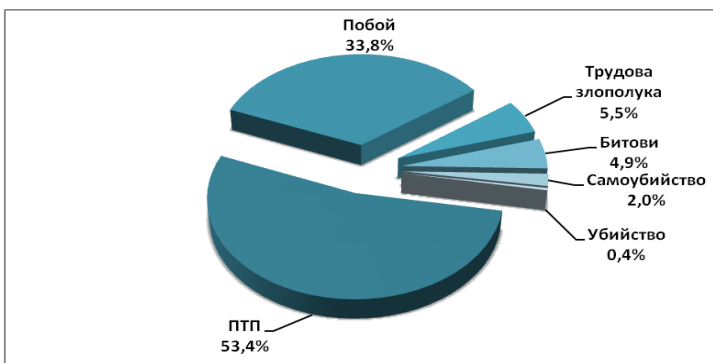
Сред пострадалите има изключително голяма диференциация по пол: 78,2% от експертите са на мъже, а 21,7 % - на жени. Прави впечатление младата възраст на преобладаващата част от получилите травми, свързани с опасност за живота: 82,7 % от тях са лица под 30- годишна възраст (фигура 32).

Фигура 32. Относителен дял на лицата с телесна повреда в съответна възрастова група



Като причини, водещи до опасни за живота травми, на първо място са пътнo-транспортните произшествия, следвани от побой, трудова злополука, битови травми и др. (фигура 33).

Фигура 33. Структура на опасните за живота травми по причини



Най-честите увреждащи фактори, довели до опасни за живота травми, са преобладаващо твърди тъпи предмети - 83,3%, остри оръжия - 9,7%, огнестрелни - 2,6%, изгаряния - 1,9%, електрически ток в - 1% и др.

2.2 Сравнение между българската експертна оценка с оценката за тежестта на травмите по системата AIS и руската система

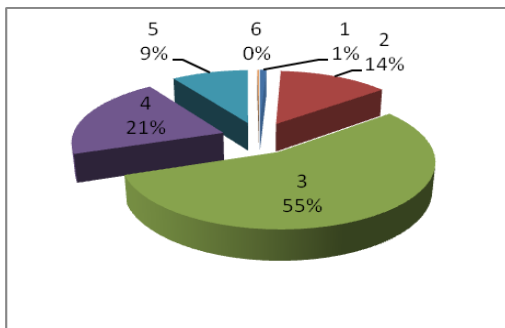
Системата AIS позволи кодиране и оценка на тежестта на всички травми, включени в проучването, но се оказа неприложима за някои допълнително възникнали усложнения, като например:

- травматична епилепсия,
- травматична пневмония,
- перитонит.

При сравняване на описаните травми с оценките за тежестта им по системата AIS се установи следното:

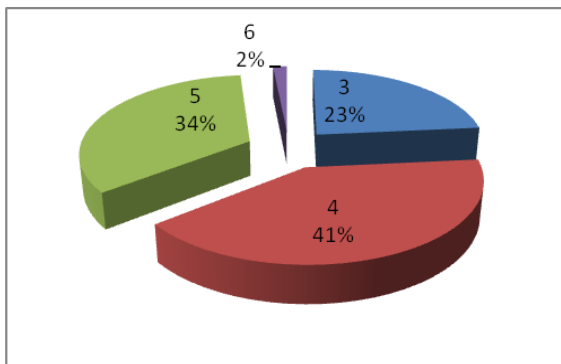
Травмите, квалифицирани като „разстройство на здравето, временно опасно за живота”, варираят като тежест от минимална – 1, до максимална – 6, според системата AIS. Трябва да се посочи, че травми, квалифицирани като минимална (AIS 1) и умерена (AIS 2), са малък процент (15%) от всички приети като опасни за живота. Преобладаваща част от тях (96 случая) са „съртесение на мозъка, придружено с пълна загуба на съзнание”, приети като временно опасни за живота съобразно юридически подзаконов документ на Върховния съд на Р. България, съобразно който те следва да се приемат като „разстройство на здравето временно, опасно за живота”. Според системата AIS те се оценяват като минимални (AIS 1) или умерени (AIS 2) по тежест травми. Ако се игнорират тези случаи на съртесение на мозъка, останалите, оценени по AIS като минимални и умерени по тежест травми, представляват едва 5,6% от всички случаи, квалифицирани като като разстройство на здравето, временно опасно за живота.

Фигура 35. Структура по тежест според системата AIS на травмите, квалифицирани като разстройство на здравето, временно опасно за живота (n=1108)



Травмите, квалифицирани като „постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота”, са 15% от всички опасни за живота травми. Тяхната тежест според системата AIS варира от сериозна – 3, до максимална - 6. Преобладаващите оценки за тежестта по AIS са 4 - тежка травма, и 5 - критична травма. (Фигура 36)

Фигура 36. Структура по тежест според с-ма AIS на травмите квалифицирани като постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота (n=197)



Една от основните причини за предприемане на настоящата работа е предположението за разминаване в мненията на експертите в България при медико-биологична квалификация на еднакви травми. Това предположение бе потвърдено в първото проучване при квалифициране на теоретични случаи.

Естествена бе необходимостта да се проучи съществува ли този проблем в работата на експертите по реалните случаи от настоящото проучване.

Ако се приеме кода на травмата по AIS като основа за анализа, то се установява, че за квалификацията на всичките 1305 травми са използвани общо 248 AIS кода от всичко над 2000 описания на травми включени в последната актуална ревизия. От използваните 248 кода - 131 кода са приложени повече от един път при общо 1188 травми/квалификации.

Анализът на тези 1188 травми сочи, че при еднакви кодове по AIS, т.е. еднакви по вид, локализация и тежест травми, съвпадението на медико-биологичните квалификации, направени от съдебномедицинските експерти, има в 48% от случаите (травмите). Това означава, че в съдебномедицинската практика при повече от половината случаи (52%) има разминаване в квалификацията на една и съща травма.

За да прецизираме същността на разминаванията между експертите и при какви травми се проявяват, проучихме всички случаи, при които има поне **10 експертни** заключения, изготвени от експертите в проучването при един и същи код на травмата по AIS.

В последващото изложение едновременно посочваме квалификацията по AIS, оценката на тежестта на травмата според руските критерии и наличието и степента на разминаване в квалификацията от българските експерти.

1. Най-често в съдебномедицинската практика на преценка подлежи диагнозата „**мозъчна контузия**”, без детайлизиране на нейните размери, локализация и др. Тази диагноза се кодира по AIS с код 140602.3, като тежестта ѝ се оценява с 3- **сериозна травма**. Във всички проучени от нас случаи с мозъчна контузия (n=152), експертите **единодушно приемат**, че се отнася до разстройство на здравето **временно опасно** за живота. Същата **квалификация** **единодушно** е направена при **едностранната контузия на мозъка (без**

детайлизиране), описана в 11 експертизи. Оценката на този тип травма по американската система AIS е с код 140604.3 или тежест: 3- сериозна травма. Аналогична на горната, **единодушна** е съдебно-медицинската квалификация при 10 експертизи с **множествени контузии на мозъка (без детайлизиране)**. Те се кодират по АИС с код 140611.3 – **сериозна травма**.

Различия между съдебномедицинските експерти в квалификациите на мозъчните контузии се установяват при случаи, по-прецизно описани в наличните медицински документи. Така в 47 експертизи, **контузия на мозъка, описана като: „малка, повърхностна под 30 куб. см” или „15 куб. см” при деца до 10 г.** е квалифицирана в 46 от тях (97,9%) като разстройство на здравето, временно опасно за живота, а в 1 случай (2,1%) като постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота. Според системата AIS тази травма се кодира с код 140606.3 – като **сериозна травма**.

По руската система оценката на **всички видове контузии на мозъка** се приемат като вреда за здравето, опасна за живота **или тежка телесна повреда** /6.1.3/.

2. Втори по честота, описани в 94 експертни заключения, са случаите на **сътресение на мозъка с пълна загуба на съзнание под 1 час**. Според системата AIS то се кодира с 161002.2 – като **„умерена травма”**. Нашето изследване показва, че тази травма е преценявана еднозначно като „разстройство на здравето, временно опасно за живота”. Не можем да представим количествено случаите, в които съдебно-медицинските експерти са приели това състояние като „временно разстройство на здравето, не опасно за живота”, тъй като тази медикобиологична квалификация не е обект на настоящото проучване и не е въведена в базата с данни, но такива случаи съществуват сравнително често. Реално в България мненията на експертите са **нееднозначни** при тази квалификация. В по-голяма част от предоставените експертизи тези случаи са квалифицирани като травми, които обуславят разстройство на здравето, временно опасно за живота. Такива са и указанията на пленума на Върховния съд от 1976г. и точно тези сме включили в проучването. При прочитането на всички 12 428 експертизи се установи, че някой от експертите през различните години, са приемали ту квалификацията „разстройство на здравето, временно опасно за живота”, ту са я преценявали като временно разстройство на здравето, не опасно за живота. Такива промени в експертната преценка са установени при 13 от общо 20 участващи експерта. От тях една част от експертите в нито една своя експертиза за целия 5-годишен изследван период в настоящата работа не са приели загуба на съзнание като опасна за живота, а са я квалифицирали винаги като временно разстройство на здравето, не опасно за живота – общо 7 експерти. В една експертиза е прието като временна опасност за живота загубата на съзнание за период 1 – 6 часа, а в друга единична експертиза се приема сътресение на мозъка, без да е уточнено със загуба на съзнание или не, като временно опасна за живота травма.

Според руската система за преценка на тежестта на травмите „сътресение на мозъка с кратковременната загуба на съзнание”, без наличие на обективна неврологична симптоматика, се квалифицира като **лека телесна повреда**.

3. Диагнозата „**хемоторакс**” (**неуточнен по количество**) е следващата по честота травма, описана в 53 случая. Всички наши експерти я приемат като разстройство на здравето, временно опасно за живота. Оценката според системата AIS е с код 442200.3 – **сериозна травма**. Не са въведени случаите, в които травмата е квалифицирана като временно разстройство на здравето, не опасно за живота, но такива случаи също има.

4. При **хемоторакс с обем над 1 литър** се установяват разминавания между квалификациите на различни експерти. В преобладаващия брой експертиси 12 (85,7%) и при този случай опасността за живота е приета като временна, но в 2 експертиси (13,3%) опасността за живота е класифицирана като **постоянна**. Системата AIS дава код 442201.4 и оценява тежестта на травмата като **тежка** – оценка 4 по шестстепенната скала. По руската система оценката за този вид увреждания се приема като вреда за здравето, опасна за живота, или тежка телесна повреда (6.1.10).

5. **Хемопневмоторакс (без уточнение за обема)** се оценява според AIS с код 442205.3, което е **сериозна травма**. В една експертиса от проучването той е приет от експерта като постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота, а в 98% от случаите (n=51 случая) - като разстройство на здравето, временно опасно за живота. По руската система оценката за този вид увреждания се приема като вреда за здравето, **опасна за живота**, или тежка телесна повреда (6.1.10).

6.1 **Епидурален хематом – малък, под 50 куб. см, или 25 куб. см за деца под 10г., се оценява според AIS с код 140632.4 – като тежка травма**. По отношение на тази диагноза има съществено разминаване в становището на експертите у нас. В 32 експертиси (76,2%) травмата е приета като разстройство на здравето, временно опасно за живота, а в 23,8% като постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота.

6.2 Това раздвояване на мненията е налице дори когато се касае за **голям епидурален хематом, над 50 куб. см или 25 куб. см за деца под 10г.** Оценката по AIS е с код 140636.5, или **критична травма**. В 11 експертиси (52,4%) тази травма се определена като временно опасна за живота, а в 10 (47,6%) от експертисите - като постоянно опасна за живота.

6.3 Същото разминаване в становището на експертите се наблюдава и при наличие на **двустранен епидурален хематом**. **Американската система го оценява като критична травма, с AIS код 140634.5**. Съгласно проучените експертиси в 8 от тях (66,7%) е прието, че се касае за временна опасност за живота, а в 33,3%, или 4 експертиси за разстройство на здравето, постоянно опасно за живота. По руската система оценката и при трите варианта - голям, малък и двустранен епидурален хематом, приема вреда за здравето, опасна за живота, или тежка телесна повреда (6.1.3).

7. По отношение на пневмоторакса често се срещат два AIS кода. Диагнозата „**Пневмоторакс, неуточнен по количество**” се счита от американската система за оценка тежестта на травмите като **умерена AIS код 442202.2**, а нашите експерти единодушно я приемат като разстройство на здравето, временно опасно за живота (29 експертиси). **Пневмоторакс – голям, с над 50% колапс документиран рентгенологично**, се кодира с AIS код 442203.4

– съответно се категоризира като **тежка травма**. Тук експертното мнение в България в преобладаващата си част не отчита обема, не прави разлика с неуточнения пневмоторакс и също го квалифицира като временна опасност за живота – 32 експертизи (94,1%), но в две от експертизите (или 5,9%) е приета квалификацията постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота. По руската система този вид увреждания се приемат като вреда за здравето, опасна за живота, или тежка телесна повреда (6.1.10).

8. **Контузията на бял дроб (неуточнена) се кодира според AIS с код 441402.3** и се оценява като сериозна травма. В 29 (96,7%) експертизи тази травма е квалифицирана като временно опасна за живота, а в една (3,3%) - като постоянно опасна за живота. По руската система, оценката за този вид увреждания се приема като вреда за здравето, опасна за живота, или тежка телесна повреда (6.1.10).

9. Сериозно разминаване в мнението на българските експерти има по отношение квалификацията на случаите със **субдурален хематом**. Според системата AIS случаите се квалифицират като малки при обем под 50 куб.см, или 25 куб.см за деца под 10г., като системата ги кодира с AIS код 140652.4 и ги определя като – **тежка травма**. Този вид хематоми се приемат от българските съдебномедицински експерти в 79,3% (29 експертизи) като временно опасни за живота, а в 20,7% (6 експертизи) - като постоянно опасни за живота. При големи субдурални хематоми над 50 куб.см, или над 25 куб.см за деца под 10г. системата AIS ги кодира с код 140656.5 – т.е. **критична травма**. В 56,5% (9 експертизи) тези травми са приети като временно опасни за живота, а в 43,8% (7 експертизи) - като постоянно опасни за живота. По руската система оценката за този вид увреждания се приема като вреда за здравето, опасна за живота, или тежка телесна повреда (6.1.3).

10. Практически раздвояване има по отношение на медико-биологичната квалификация на **разкъсвания на артериални съдове в коремната кухина, като чернодробна, бъбречна, алиеналис и др.** AIS системата кодира този вид травми с код 521408.4 – т.е. **тежка травма**. Тя присъства в 28 експертизи. От тях в 16 (57,6%) експертизи травмата е квалифицирана като увреждане, временно опасно за живота, а в 12 (42,9%) експертизи - като постоянно опасна за живота. По руската система оценката за този вид увреждания се приема като вреда за здравето, опасна за живота, или тежка телесна повреда (6.1.26).

11. **Контузия на мозъчния ствол** според системата AIS се кодира с код 140204.5 – т.е. **критична травма, която** също не се квалифицира от българските експерти еднозначно. Въпреки че се касае за изключително тежка от медицинска гледна точка травма, в преобладаващата част от експертизите се приема, че се касае за временна опасност за живота – в 17 (73,9%) и само в 6 експертизи (26,1%) тази травма е приета като постоянно опасна за живота. По руската система оценката за този вид увреждания се приема като вреда за здравето, опасна за живота, или тежка телесна повреда /6.1.3/.

12. В 15 от проучените експертизи се прави медико-биологична квалификация на „**закрито линейно неразмествено счупване на свода на черепа без изразена неврологична симптоматика**”. Според системата AIS то се кодира с код 150402.2 – като **умерена травма. Единодушно** във всичките

експертизи е прието, че се касае за разстройство на здравето, временно опасно за живота. По руската система за оценка този вид увреждания се приемат като вреда за здравето, опасна за живота, или тежка телесна повреда (6.1.2). Това е един от малкото случаи на разминаване по отношение тежестта на травмите между руската система и системата AIS.

13. Според системата AIS сериозна травма се приема, ако е налице **раздробено счупване на кости на черепния свод, без засягане на дурата, както и при депресия на кости до 2см.** AIS кодът в тези случаи е 150404.3 – т.е. **сериозна травма**. В нашите експертизи има 10 диагнози с тези характеристики и във всичките случаи е приета временна опасност за живота. По руската система оценката за този вид увреждания се приема като вреда за здравето, **опасна за живота, или тежка телесна повреда** (6.1.2).

14. Експертизите, в които се квалифицират случаи на **разкъсвания на чернодробен паренхим с дълбочина над 3 см, са общо 15.** Кодирането според системата AIS е с код 541824.3 и се оценява като - **сериозна травма**. В нашите експертизи в преобладаващия брой 11 (73,3%) се приема квалификацията временно опасно за живота, а в 4 (26,3%) опасността за живота се квалифицира като постоянна. По руската система оценката за този вид увреждания се приема като вреда за здравето, опасна за живота, или тежка телесна повреда (6.1.16).

15. **Комплексна фрактура на черепния свод с нарушаване на дурата и комуникация с мозъчното вещество или със засягане на мозъчното вещество** се кодира според AIS с код 150406.4 и се оценява като **тежка травма**. Само в една (7,1%) от експертизите е приета квалификация постоянна опасност за живота, а в останалите 13 (92,9%) травмата е класифицирана като временно опасна за живота. По руската система оценката за този вид увреждания се приема като вреда за здравето, опасна за живота, или тежка телесна повреда (6.1.2).

16. **Масивно разкъсване на тънкото черво с данни за девитализация и деваскуларизация** се определя с AIS код 541426.4 - **тежка травма**. В преобладаващия брой от експертизите 11 (84,6%) тя е приета като постоянно опасна за живота, а в 2 (15,4%) от експертизите опасността за живота е приета като временна. По руската система оценката за този вид увреждания се приема като вреда за здравето, опасна за живота, или тежка телесна повреда (6.1.16).

17. **Разкъсване над 1 см, от паренхима на бъбрек, без засягане на колекторния апарат, получава AIS код 541424.3 – т.е. сериозна травма.** И при този вид увреждания мненията на българските съдебномедицински експерти са разделени. От общо 12 експертизи в 7 (58,3%) е прието, че се касае за временна опасност за живота, а в 5 (41,7%) травмата е квалифицирана като постоянно опасна за живота. По руската система оценката за този вид увреждания се приема като вреда за здравето, опасна за живота, или тежка телесна повреда (6.1.16).

18. С AIS код **140648.5 – критична травма**, се преценяват случаите на **големи субкортикални мозъчни хеморагии над 30 куб.см, или над 15 куб. см за деца до 10г., или диаметър над 4 см, или над 1 см при деца до 10г.** Такъв вид травма е описан в 10 от проучените от нас експертизи. От тях в 8 е приета временна опасност за живота, в 2 - постоянна опасност за живота. По руската

система оценката за този вид увреждания се приема като вреда за здравето, опасна за живота, или тежка телесна повреда (6.1.3).

19. **Руптура на слезка, без допълнителни детайли** за травмата, се кодира с AIS код 544240.3 и се оценява като **сериозна травма**. Тя е проучена на основата на 10 експертизи. В 8 от тях експертите са приели временна опасност за живота, а в 2 - постоянна опасност за живота. По руската система оценката за този вид увреждания се приема като вреда за здравето, опасна за живота, или тежка телесна повреда (6.1.16).

Сравнението между квалификациите на травмите, направени от българските експерти, с оценката на тежестта им според руската система показва, че всички случаи, които според българските медико-биологични критерии се приемат като опасни за живота (независимо временно или постоянно), са такива и по руската система. Тъй като в НК на Руската федерация опасността за живота е елемент само на един текст, то всички те са квалифицирани като вреда за здравето, опасна за живота или тежка телесна повреда (6.1.2). Изключение се установи само при преценка на тежестта на травмата „сътресение на мозъка с кратковременна загуба на съзнание”. Тя се оценява като лека телесна повреда в Русия, а когато заключението се базира само на свидетелски показания, без налични медицински данни, тези случаи изобщо не се квалифицират като травми.

Изследвайки спектъра на травмите, които българските експерти приемат като опасни за живота, се вижда, че те са концентрирани основно върху увреждания в областта на главата, корема и гръдния кош, и то в един значително ограничен спектър. Много рядко увреждания в областта на гръбначния стълб, крайниците, лицето и др. се преценяват и квалифицират по отношение на опасността за живота, която причиняват.

За всички травми с опасност за живота в настоящото проучване са използвани 248 кода от общо 792 с AIS оценка 3, 4, 5 и 6, което е 30% от възможностите на системата. Резултатите представяме в таблица 3.

Таблица 3. Използван капацитет на системата AIS във второто проучване

Анатомична област	Бр. AIS код	Бр. AIS код с тежест ≥ 3	% AIS код с тежест ≥ 3	Бр. експертизи	Използвани кодове	%
	a	b	b/a	c	d	d/b
Глава	281	200	71,2	568	73	37
Лице	215	12	5,6	3	2	17
Шия	111	59	53,2	8	7	12
Гръден кош	190	130	68,4	325	40	31
Корем	250	105	42,0	196	48	46
Гръбначен стълб	216	135	62,5	18	14	10
Горни крайници	325	41	12,6	11	5	12
Долни кр., таз	414	88	21,3	106	34	39
Външни и термични	15	7	46,7	23	6	86
Други	22	15	68,2	13	6	40
Общо	2039	792	38,8	1271	235	30

От таблицата се вижда, че най - рядко се квалифицират по отношение опасност за живота травмите от анатомичните области на гръбначен стълб (10%), горни крайници и шия с по 12%. Несъмнено използването на системата AIS в нашата съдебномедицинска практика значително би разширила спектъра на квалификации на травмите по отношение опасността им за живота.

3. Обсъждане

3.1 Възможности за използване на системата AIS при оценка тежестта на травмите в съдебномедицинската практика

Системата AIS е широко използвана при определяне тежестта на травмите в клиничната практика в много страни по света. Много важен факт, който следва да се има пред вид е, че през последните години този подход системно се препоръчва в работни документи на Европейската комисия и други международни институции като основа за унифициране на европейската и международна практика при оценяване на тежестта на травмите. След 2010 г. системата AIS се появява в дисертационни научни разработки и у нас в областта на хирургията.

В разнообразните публикации като специфичен недостатък на системата се посочва, че чрез нея не може да се определи кумулативният ефект при политравми.

Все още възможността за прилагането на AIS за нуждите на съдебномедицинската практика при медико-биологични квалификации на телесните повреди не е изследвана у нас. В настоящото проучване се установи:

Системата AIS позволява оценка на тежестта на всички травми включени в проучването, но се оказва неприложима за някои допълнително възникнали усложнения, като например травматична епилепсия, травматична пневмония, перитонит и др. Този факт сам по себе си не е пречка за прилагане на системата за обективизиране и стандартизиране на процеса на оценяване тежестта на телесните повреди, тъй като възможността от усложнения е включена като елемент в оценката на тежестта на травмата, предизвикала усложнението. Не представлява бариера за приложение на системата невъзможността с този метод да се определя кумулативният ефект при политравми. Той е важен за клиниката, докато в съдебномедицинската практика всяка травма се квалифицира поотделно. В случаите, когато е необходима единна оценка на тежестта в резултат на множество увреждания, международните документи препоръчват да се използва производната на AIS, а именно най-тежката, максимална AIS оценка.

С изключение на оценката на тежестта на травмата „**сътресение на мозъка с краткотрайна загуба на съзнание**“, в 95% от случаите квалифицирани като опасност за живота (независимо дали като елемент на средна или тежка телесна повреда), съответстват на AIS кодове с тежест на травмите от 3 до 6.

По принцип травмите, оценени за тежест по системата AIS с 3, не би следвало да се квалифицират като опасни за живота, тъй като този тип травми успешно се диагностицират и лекуват в условията на съвременното здравеопазване. Както посочихме при представянето на системата AIS, елемент

на оценката на тежестта на травмата е възможността за успешна медицинска намеса.

Според резултатите от нашето проучване **над половината (55%)** от случаите, квалифицирани от съдебно-медицинските експерти като разстройство на здравето, временно опасно за живота, и 34% от случаите, квалифицирани като постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота, са с оценка на тежестта на травмата по AIS – 3. Този резултат дава основание да приемем, че и случаите, преценени като сериозни травми по AIS, в нашата съдебномедицинска практика би следвало да се квалифицират **като опасни за живота**.

Устойчивото съответствие между оценката за тежестта на травмите по AIS с практиката на оценяването им в България показва приложимостта на системата за обективизиране на съдебномедицинската практика при оценка на тежестта на травмите у нас.

3.2 Възможност за използване на руската съдебномедицинска система за оценка на тежестта на травмите

В Русия, а на практика и в болшинството проучени от нас страни, опасността за живота винаги се оценява като „най-тежък” вид травма. Всички случаи на временна опасност за живота по нашите български критерии се приемат като елемент на тежка телесна повреда по руските критерии.

Изключение прави оценката за тежест на травмата „съресение на мозъка със загуба на съзнание до един час”, където има съвпадение между руската система и AIS, които квалифицират травмата съответно като лека телесна повреда (по руската с-ма) и с тежест 1 или 2 по AIS. Същевременно е налице разминаване с българската преценка на тази травма – квалифицирана от нашите експерти като временно опасна за живота.

В останалата си част, с изключение на единични казуси, всички травми, които са преценени от българските експерти като опасни за живота, се приемат за опасни (тежка телесна повреда) и по руската система.

3.3 Анализ на ситуацията в България

Настоящото проучване показва, че експертизите по повод на телесни повреди са основна част от работата на съдебномедицинските специалисти. От общо 12428 проучени експертизи, 76% (9461) са по повод причинени телесни увреждания. Практически в по-голямата част от тях към експертите е зададен и въпрос дали увреждането/уврежданията представляват опасност за живота. В не малък дял, 12% (1147 случая), поне една от травмите е класифицирана като опасна за живота. Резултатите от проучването показаха няколко съществени особености:

На първо място се потвърди наличието на значително разминаване в мнението на експертите при квалификациите „разстройство на здравето, временно опасно за живота” и „постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота”.

При всички травми, с налични над една експертиза, се установи разминаване в мнението на съдебномедицинските експерти при над половината

случаи – 52%. Според нас основната причина за това е посочена в литературния обзор:

- остарелите от медицинска гледна точка формулировки в текстовете на Наказателният кодекс,
- липса на подзаконов нормативен документ, който да регламентира и стандартизира медико-биологичните квалификации. Подобно мнение се поддържа и от други български автори.

Друг основен проблем в съдебномедицинската практика, свързана с телесните повреди, е медицински неиздържаното изискване „сътресението на мозъка с пълна загуба на съзнание, макар и кратковременна” да се квалифицира като „разстройство на здравето, временно опасно за живота”, което е формулирано в решение на пленум на Върховния съд. Тези случаи са много чести в съдебномедицинската практика и се квалифицират противоречиво от експертите в България както по литературни данни, така и от резултатите във второто ни проучване. При анализирането на всички 9461 експертизи за телесни повреди се установи, че част от експертите трайно, последователно се съобразяват с това изискване на Върховния съд. Друга част през различните години, в които са изготвяли експертизите, ту приемат такава квалификация, ту преценяват травмата като временно разстройство на здравето, не опасно за живота, а трета група в нито една своя експертиза за целия 5-годишен период, изследван в настоящата работа, не приемат сътресение на мозъка с пълна загуба на съзнание като опасно за живота, а използват показателя „временно разстройство на здравето, не опасно за живота”.

Американската система за оценка на тежестта на травмте AIS класифицира случаите на сътресение на мозъка по следният начин:

- Сътресение на мозъка без загуба на съзнание – като 1 степен, или минимална травма, която се кодира по системата AIS като 161001.1;
- Сътресение на мозъка с кратковременна загуба на съзнание до 59 мин. вкл. – като 2 степен, или умерена травма, която се кодира по системата AIS като 161002.2;
- Сътресение на мозъка със загуба на съзнание в рамките между 1-6 часа – 3 степен, или сериозна травма. AIS код 161006.3;
- Случаите на сътресение на мозъка със загуба на съзнание над 6 часа се класифицират в категорията дифузно аксонално увреждане (DAI - Diffuse Axonal Injury). В тези случаи, ако загубата на съзнание е във времеви интервал 6-24 часа (средна степен DAI), тежестта на травмата се определя като – 4, или тежка травма, а ако загубата на съзнание е над 24 часа, тежестта на травмата е в степен 5, или критична травма.

Руската оценка на тежестта на сътресението на мозъка е формулирана в Заповед №194Н на Министерството на здравеопазването и социалното развитие на Руската федерация от 24.04.2008 г. В нея е посочено, че увреждания, които обуславят загуба на работоспособност до 10%, се оценяват като лека телесна повреда. В приложената към заповедта таблица за оценка на процента загубена обща работоспособност преобладаващата част от травмтите, свързани със сътресение на мозъка, не водят до загуба на работоспособност и

съответно следва да се оценяват като лека телесна повреда. Пет процентна загуба на работоспособност (което също е лека телесна повреда) се приема при възникване на отделни обективни признаци или вегетативни симптоми от страна на ЦНС, като анизокория, нистагъм, отклоняване на езика настрани, вегетативно-съдова дистония и др. Като средна телесна повреда се оценяват травми, при които има значително изразени вегетативни симптоми (10% загуба на работоспособност) или наличие на огнищна симптоматика (15%). Изрично е указано, че не се приема като загуба на обща работоспособност случаите, когато диагнозата не е потвърдена от обективни неврологични признаци, а се поставя само въз основа на анамнеза и субективни оплаквания.

Това съпоставяне на становищата, изразени в руската и американската системи за оценка тежестта на травмите, недвусмислено показва, че е необходимо и в България да се възприеме, че сътресение на мозъка, дори когато е съпроводено със загуба на съзнание, ако е под един час, да се квалифицира като временно разстройство на здравето, не опасно за живота. Фактът, че при сътресение на мозъка с кратковременна загуба на съзнание опасността за живота е на практика теоретична е посочен и в трудовете на Лисаев.

Липсата на ясни медицински критерии за оценка тежестта на травмите води до доста произволно квалифициране от страна на съдебномедицинските експерти на еднакви по тежест травми. Част от експертите се съобразяват с препоръките дадени от нашите уважавани коментатори на телесните повреди /Марков-1942г., Печилков-1975г., Раданов-2003г., Лисаев-2010г. и др./, като включват към медико-биологичната квалификация „постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота” и остро протичащи травми, при които смъртта е преодоляна благодарение на високотехнологична и специализирана медицинска помощ.

Други приемат за основа на своите съждения при преценката си само това, което е посочено в юридическите документи и в съжденията на Теодоров-1927г., Москов-1952г. и др. Това недвусмислено показват резултатите от нашето проучване. Еднакви по анатомична локализация и тежест травми се квалифицират по различен начин. Към средна телесна повреда–„временно опасни за живота”, са квалифицирани основно случаи с оценка за тежест на травмата по AIS 3- сериозни травми в 55% от случаите, AIS 4- тежки травми, в 21% от случаите, както и критични за живота травми по AIS 5 в 9%.

С известни различия в процентите същите по тежест травми са квалифицирани и като тежка телесна повреда – „постоянно общо разстройство на здравето опасно за живота”. Тяхната тежест според системата AIS варира от сериозна – AIS 3 (34%), AIS 4 - тежка травма (41%), AIS 5(34%), и максималната по тежест критична травма - AIS 6 в 2%.

В таблиците по-долу са представени 26-те AIS кода, по които са дадени преценки в 10 и повече експертиси от наши експерти. С тези 26 кода са кодирани общо 796 броя травми. Те представляват 61% от всички 1305 случаи на

квалификация, приета като опасност за живота в нашето проучване. За по-голяма прегледност те са разделени по анатомични области.

Таблица 4. AIS кодове за гръдни травми

Диагноза по AIS	AIS степен на тежест	Руска система на квалификация	Средна телесна повреда - % случаи	Тежка телесна повреда –% случаи
Хемоторакс неуточнен	3	тежка телесна повреда	100	-
Хемоторакс над 1л	4	тежка телесна повреда	85,7	13,3
Хемопневмоторакс над 1л	3	тежка телесна повреда	98	2
Пневмоторакс, неуточнен по количество	2	тежка телесна повреда	100	-
Пневмоторакс голям с над 50% колапс, уточнен рентгенологично	4	тежка телесна повреда	94,1	5,9
Контузия на белия дроб без уточнения	3	тежка телесна повреда	96,7	3,3

Таблица 5. AIS кодове за коремни травми

Диагноза по AIS	AIS степен на тежест	Руска система на квалификация	% случаи -средна телесна повреда	% случаи- тежка телесна повреда
Разкъсване на артериални съдове в коремната кухина като чернодробна артерия, бъбречна артерия, а.лиеналис и др.	4	тежка телесна повреда	57,6	42,9
Разкъсване на чернодробен паренхим с дълбочина над 3см	3	тежка телесна повреда	73,3	26,3
Масивно разкъсване на тънко черво с данни за девитализация и деваскуларизация	4	тежка телесна повреда	15,4	84,6
Бъбрек – разкъсване над 1см без засягане на колекторен апарат	3	тежка телесна повреда	58,3	41,7
Руптура на слезка без детайли	3	тежка телесна повреда	80	20

Таблица 7. AIS кодове за черепно мозъчни травми

Диагноза по AIS	AIS степен на тежест	Руска система на квалификация	Средна телесна повреда - % случаи	Тежка телесна повреда - % случаи
Епидурален хематом - малък под 50 см ³ или под 25 см ³ за деца под 10 г. възраст	4	тежка телесна повреда	76,2	23,8
Епидурален хематом - голям над 50 см ³ и над 25 см ³ за деца под 10 г. възраст	5	тежка телесна повреда	52,4	47,6
Двустранен епидурален хематом	5	тежка телесна повреда	66,7	33,3
Субдурален хематом малък под 50 см ³ или под 25 см ³ за деца под 10 г. възраст	4	тежка телесна повреда	79,3	20,7
Субдурален хематом голям над 50 см ³ или над 25 см ³ за деца под 10 г. възраст	5	тежка телесна повреда	56,4	43,8
Сътресение на мозъка със загуба на съзнание под един час	2	лека телесна повреда	100	-
Контузия на мозъка без уточнения	3	тежка телесна повреда	100	-
Контузия на мозъка едностранна без уточнение	3	тежка телесна повреда	100	-
Контузия на мозъка – малка, повърхностна под 30 куб см или 15куб.см при деца до 10г	3	тежка телесна повреда	97,9	2,1
Множествена контузия на мозъка без уточнения	3	тежка телесна повреда	100	-
Контузия на мозъчния ствол	5	тежка телесна повреда	73,9	26,1
Закрито линейно счупване на черепа, без изразена неврологична симптоматика	2	тежка телесна повреда	100	-
Раздробено счупване на черепни кости, без засягане на дурата или депресия до 2см	3	тежка телесна повреда	100	-
Комплексна фрактура на черепния свод, със засягане на дурата и комуникация с мозъчното вещество	4	Тежка телесна повреда	92,7	7,1
Големи субкортикални хеморагии над 30 см ³ или над 15 см ³ за деца под 10 г. възраст	5	тежка телесна повреда	80	20

От изложения преглед на най-често срещаните травми в съдебномедицинската практика се вижда, че в по-голямата им част има нееднозначна квалификация на травмите от съдебномедицинските експерти. Това е един изключително сериозен проблем, тъй като води до различни присъди за причинени еднакви травми в различните съдебни райони на държавата. Коренът на тези противоречиви становища е в липсата на единна система за медико-биологична оценка на травмите, както и напълно остарялата нормативна уредба в нашия Наказателен кодекс, неотговаряща на съвремените достижения на медицината.

3.4 Анализ на случаите квалифицирани от експертите като постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота

В настоящото проучване от изследваните 1305 медико-биологични квалификации, приети като „опасни за живота”, 197 квалификации са преценени като постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота. В постановление № 3 от 27.09.1979г. на Пленума на Върховния съд на НРБ императивно са посочени рамките, които следва да се спазват при медико-биологичната преценка на травмите, а именно:

„... По смисъла на закона общото разстройство на здравето е такова тежко заболяване, което обхваща болестни процеси и състояния с голяма продължителност ... Законът изисква разстройството да е постоянно и същевременно опасно за живота. Това означава, че се касае до такова увреждане, което не може да се възстанови и което представлява реална опасност за живота. ...” Съобразявайки се с тези изисквания, сме изследвали случаите, определени от нашите експерти с медико-биологична квалификация „Постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота”.

От всички 197 казуса на тези изисквания отговарят 17 (8,7%) от случаите. Това са:

- 4 случая на будна кома,
- 3 случая със засягане на гръбначен мозък и квадриплегия,
- 2 случая с параплегия с ретенция на урината,
- кома с продължителност над 1 месец при 2 случая,
- хронично вегетативно състояние -2 случая,
- един случай на ДАИ,
- един случай на травматична епилепсия,
- един случай на безвкусен диабет след травма,
- един случай на масивен хроничен субдурален хематом.

Останалите 180 случая, или 91,3%, са остро протекли травми, при които опасността за живота е преодоляна, не поради естеството на травмата, а поради високотехнологична, квалифицирана и навременна медицинска намеса. Тези случаи най-общо можем да разпределим в следните групи:

Таблица 8. Остро протекли травми, квалифицирани като тежки телесни повреди – брой и локализация

Диагноза	Общ брой
Травматично засягане на вътрешни органи /бял дроб, сърце, черен дроб, слезка, бъбреци, стомах, черва ,пик. мехур и др./ без данни за последици след мед. намеса	85
Остро протичаща тежка ЧМТ, без данни за късни последици след мед.намеса вкл. епидурален, субдурален хематом, контузии на мозъка,мозъчни хеморагии фрактури на кости и др.	63
Тежки следкръвоизливни анемии от засягане на кръвоносни съдове с голям калибър	11
Кома с различен произход от няколко дни до 1месец	10
Изгаряния по кожата	6
Масивен пневмоторакс	2
Удавяне, клинична смърт, кома 1 ден	1
Асфиксия от притискане /пясък/	1
Разкъсване на ларинкс	1
Общо	180

Ако експертите в България се придържат строго към юридическите изисквания, то от всичките 1305 наранявания, опасни за живота, само в 1,3%, или в 17 случая, би следвало да посочат медико-биологичната квалификация на тежка телесна повреда - „постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота”. Тези резултати категорично показват, че формулировката на тежката телесна повреда относно опасността за живота не съответства по никакъв начин на медицинската реалност и в този си вид представлява един „мъртъв” и неприложим в съдебномедицинската практика текст от Наказателя кодекс.

3.5 Корелация между трите системи

Съпоставянето на оценките между трите системи – българска, руска и AIS, ни дава основание за следните изводи:

Има разминаване при оценката тежестта на травмата при „сътресение на мозъка със загуба на съзнание до един час” между българските критерии и тези по AIS и руската система. Между последните две има съвпадение в оценката на тежестта на тази травма. В останалата си част с изключение на единични казуси всички травми, които са преценени от българските експерти като опасни за живота се приемат за опасни и по руската система. Тъй като в Русия, а на практика и в болшинството останали страни, опасността за живота винаги се преценява като „най-тежък” вид травма, всички случаи на **временна опасност** за живота се приемат като елемент на тежка телесна повреда по руските критерии.

От друга страна, травмите, преценени от българските специалисти като опасни за живота, са концентрирани основно върху уврежданията в областта на главата, корема и гърдния кош, и то в един значително ограничен обхват. Много

рядко увреждания в областта на гръбначния стълб, гръбначния мозък, крайниците и др. се преценяват по отношение опасността за живота, която причиняват.

Съпоставяйки системата AIS с българската, като цяло с малки изключения, извън сътресението на мозъка, всички травми, преценени като опасни за живота от българските специалисти, са оценени от американската система като 3-сериозни, 4-тежки, 5-критични и 6-максимални.

Това показва, че и двете системи за преценка тежестта на травмите са приложими в български условия. За да могат ефективно да се използват, е необходима е промяна в нормативната база в България. Съпоставяйки руската система и AIS, също се наблюдава висока степен на съвпадение в оценката за тежестта на уврежданията.

Краткият анализ на съдебномедицинската литература и практиката на съдебномедицинските експерти у нас дава основание да се приеме, че медико-биологичната квалификация „постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота”, приета през 1896 г. се явява в противоречие със становищата на поколения водещи съдебномедицински експерти. Марков, Раданов, Лисаев единодушно застават на позицията, че в тази квалификация следва да се приемат и остри състояния. Причината е ясна. В съвременния живот, възможностите на медицината на практика „изпразват от съдържание” медико-биологичната квалификация „постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота”. Все по-малко увреждания, които са създавали “постоянна” опасност за живота в края на 19 век, остават такива и днес. С всяка изминала година развитието на медицината позволява да се предотвратява настъпването на смърт при все по-тежки травми. Тези травми в миналото, без оказване на високоспециализирана и квалифицирана медицинска помощ, или просто са довеждали до смърт в един по-кратък или по-продължителен интервал от време, или реално са поставяли пациентите в постоянна опасност за живота им.

Законодателният текст относно медико-биологичната квалификация „постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота” в същността си е бил приложим и адекватен във времената, в които медицината не е могла в съществена степен да променя хода на оздравителния процес. По тази причина практиката, житейска и медицинска е била изпълнена с „недоизлекувани случаи”, които законодателят е приравнявал по тежест с лица, които са загубили съществени функции като зрение, слух, крайници и др.

Същевременно по това време „острите процеси” неизбежно са завършвали със смърт и не са могли да бъдат обект на квалификация като телесни повреди. Към средните телесни повреди са се отнасяли само сравнително леки случаи на травми, които са могли да завършат със смърт или оздравяване в условията на силно ограничените възможности на медицинската намеса. В края на 19-ти век, когато са приемани тези текстове на Наказателния кодекс, не са съществували приемани днес като естествени възможности на медицината: антибиотична терапия, реанимация и интензивно лечение, съвременна хирургия, образна диагностика и др.

Така съвременната реалност ни изправя пред необходимостта от вземане на решения и промени.

Съдебномедицинските експерти трябва първо да направят избор между два алтернативни принципни подхода при квалификация на телесните повреди:

- Да квалифицираме травмите по тяхната същност и заплахата за живота, която носят сами по себе си, независимо от оказваната или неоказвана медицинска помощ (каквото е съвременния подход в Русия) или,
- Да възприемем метод за оценка тежестта на травмите, който да отразява постоянно променящите се възможности на медицината – каквото подход е възприет от наложената днес в световен мащаб американска скала за оценка AIS.

Изправени сме и пред необходимостта да се премахне неясният и противоречив текст към тежки телесни повреди „постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота”. Забележки към тази формулировка съществуват още в трудовете на Марков от 1942 г. и от Москов 1943 г., както и времевите изисквания за квалифициране на опасността за живота като “постоянна“ и “временна”. Ако това не се направи ще продължи почти повсеместната практика в нашата страна при тежки, реално “постоянно” опасни за живота травми, медицинската намеса да ги “преквалифицира” във “временно” опасни за живота, тъй като с помощта на съвременните медицински технологии за диагностика и лечение често тази опасност успешно се преодолява. Нещо повече, нерядко съвременната медицинска намеса не допуска дори и за момент да се развие опасността за живота, въпреки тежестта на получената травма. В тази насока, като примери могат да се посочат предотвратяване на тежки шоккови състояния по медицински път след нанесени побой, прободно-порезни наранявания, огнестрелни наранявания, пътнотранспортни произшествия, трудови злополуки, изгаряния, лица, засегнати от електрически ток, отравяния и много други.

Днес, разделянето на опасността за живота на времеви принцип - ”временна” и “постоянна” и отнасянето им към различни по степен на тежест телесни повреди е крайно несправедливо от юридическа, медицинска и житейска гледна точка. Няма по-ценно благо и право на човека от неговия живот. Това е гарантирано изрично от чл.2 ал. 1 от Хартата на основните права на Европейския съюз, 2010/С 83/02, и от най-висшия закон на страната ни - нашата конституция /чл.4, ал.2 от Конституцията/ и чл. 28.: **”Всеки има право на живот. Посегателството върху човешкия живот се наказва като най-тежко престъпление.”**

Почти никъде опасността за живота не се разделя в различни по степен на тежест травми в наказателните кодекси на разгледаните в литуратурния обзор държави. Следователно всяка травма, която реално поставя в опасност човешкия живот, задължително следва да се квалифицира като тежко увреждане, без значение за колко време е продължила опасността и по какъв начин е преодоляна. От значение би следвало да е само тежестта на травмата и възможността опасността за живота да бъде доказана с обективни медицински критерии. Това налага преди всичко промяна в текстовете на Наказателния кодекс, като се премахне медицински несъстоятелната и противоречива квалификация “постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота”. Тази медико-биологична квалификация би следвало да се замени с **“разстройство на здравето, опасно за живота”** към тежка телесна повреда.

Съответно следва изцяло да отпадне текстът “разстройство на здравето, временно опасно за живота“ от квалифициращите принципи на средните телесни повреди.

За съжаление и в публикувания проект за нов Наказателен кодекс на Р. България не са предвидени промени.

Необходимо е принципно да се промени подходът при медико-биологичната квалификация на телесните повреди при преценка на опасни за живота състояния, като изискването за времето, през което съществува опасността за живота, се замени с въвеждането на обективни критерии за квалифициране тежестта на травмите.

Ако се приеме всички състояния опасни за живота да са елемент на тежката телесна повреда, въвеждането на системата AIS би позволило да се създадат единни критерии за оценка тежестта на травмите. Въз основа на резултатите от настоящото проучване бихме препоръчали всички травми, оценени като сериозни AIS 3, тежки AIS 4, критични AIS 5 и максимални AIS 6, да се приемат като **разстройство на здравето, опасно за живота**. Приемането на този критерий автоматично би изключило възможността да се приемат като опасни за живота състояния всички случаи на сътресение на мозъка, водещи до кратковременна загуба на съзнание (до един час).

Същите резултати могат да се постигнат и ако се въведе руската система за медико-биологична квалификация на тежестта на травмите. Имайки предвид традициите на съдебномедицинската практика в България, бихме предложили формулиране на наши единни критерии за оценка на травмите, за създаването на които да се използват представените по горе системи за оценка, и чрез консесус сред съдебномедицинските експерти и юристи, Министерството на здравеопазването да излезе с официален нормативен документ, регулиращ тази материя.

IV. ИЗВОДИ

1. Текстовете в НК на Р. България по отношение на МБК на ТП не са актуализирани от момента на създаването им през 1896г.
 2. В преобладаващата част от страните на Европейския съюз опасността за живота се разглежда само като най-тежък вид травма (тежка телесна повреда). България е единствената страна в ЕС, в чиято нормативна уредба медико-биологичната квалификация „опасност за живота“ се разделя в две категории: средна и тежка телесна повреда.
 3. Не се установи единна практика в системата за оценка тежестта на травмите в ЕС, но европейските институции и международните експертни групи препоръчват тя да се основава на системата AIS.
 4. Нашите проучвания показват съществени разминавания между преценките на СМ експерти при медико-биологичната квалификация на едни и същи травми.
 5. Експертните различия в съдебномедицинската практика се дължат до голяма степен на остарялата и медицински необоснована формулировка на текстовете в Наказателния кодекс и доказват необходимостта от тяхната актуализация.
 6. Различията се дължат и на липсата на единни критерии за оценка тежестта на травмите и категорично доказват потребността от въвеждане на такива.
 7. Двете ни проучвания доказват приложимостта на системата AIS за оценка тежестта на травмите в СМ експертизи.
 8. Нашите проучвания доказват приложимостта и на руския подход за определяне тежестта на травмите при медико-биологичната им интерпретация.
 9. Всички травми, оценени по системата AIS с код за тежест 3, 4, 5, 6, отговарят на квалификацията „опасност за живота“, приемана от българските експерти.
 10. Резултатите ни показват, че към българската квалификация „постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота“ не спадат реално по-тежките от медицинска и експертна гледна точка травми, застрашаващи живота. Тази квалификация обхваща само ограничена, рядко срещаща се в практиката група увреждания. От всички 1305 опасни за живота травми, само 17 отговарят на критериите за тежка телесна повреда (чл. 128 от НК).
 11. Установи се, че над 98,7% тежки и опасни за живота травми от медицинска гледна точка, се налага да бъдат определени към по-леката квалификация – “временно опасни за живота” (средна телесна повреда, чл. 129 от НК), наравно с избиване на зъб, счупване на три ребра и др.
 12. Сериозно е разминаването между оценката за тежестта на „сътресение на мозъка с кратковременна загуба на съзнание”, между експертите в България, и обективните критерии и подходи, използвани в нашите проучвания.
- система AIS оценява такова увреждане като 2-умерена травма;

-руските критерии квалифицират такива случаи като леки телесни повреди.

13. И двата обективни подхода за оценка тежестта на травмите не може да бъде използвани в експертната практика без промяна в текстовете на Наказателния кодекс

V. ПРЕПОРЪКИ

1. Всяка травма следва преди всичко да се преценява по отношение на опасността ѝ за живота, като възможност за съвременна обективна оценка дава системата AIS.
2. Необходимо е създаване на подзаконов нормативен документ от МЗ, които да уеднакви работата на съдебномедицинските експерти.
3. Анализът на юридическите практики по света, а и медицинската логика, изискват „опасните за живота” увреждания да не се разделят в различни по степен на тежест юридически категории. Няма по ценно човешко благо от живота и следователно всяка реална заплаха на живота би следвало да се оценява като тежка телесна повреда
4. Би било сполучливо текстовете на НК да се променят по следния начин:
 - В Чл.128 от НК формулировката „постоянно общо разстройство на здравето, опасно за живота” да се замени с **„разстройство на здравето, опасно за живота”**.
 - В чл. 129 от НК да се премахне формулировката „разстройство на здравето, временно опасно за живота”.
 - Тази промяна би позволила въвеждането на обективни методи за определяне тежестта на травмите и ще създаде предпоставки за уеднаквяване на работата на експертите.

VI. ПРИНОСИ

1. С теоретико-познавателно значение

- Направен е изчерпателен анализ на нормативната уредба в страните от Европейския съюз свързана с категоризацията на телесните повреди.
- За първи път в България се доказва съществуването и размерът на несъвпадение в практиката на съдебномедицинските експерти при определяне медикобиологичната квалификация на телесни повреди.
- За първи път в съдебномедицинската практика у нас се прилагат обективни методи за оценка тежестта на травмите по отношение тяхната опасност за живота.
- Разглежда се по нов начин значението на „опасността за живота”. Животът се приема като най-ценно благо, а поставянето му в опасност се предлага да се третира като най-тежко по степен увреждане.

2. С приложно значение

- Дава се предложение за промяна в текстовете на Наказателния кодекс, касаещи опасни за живота състояния, като те бъдат отнесени само към тежките телесни увреждания.
- Дава се предложение за създаване на подзаконов нормативен документ с цел стандартизиране на подходите за преценка на телесните увреждания.

VII. ПУБЛИКЦИИ И УЧАСТИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Публикации:

1. В. Доков, Телесните повреди в Наказателните кодекси на България в исторически аспект, Социална медицина, 2014, 2, 40-41.
2. В. Доков, Д. Радойнова, Противоречи между медицинската и юридическата преценка на сътресението на мозъка със загуба на съзнание – необходимост от промени, Социална медицина, 2014, 3, 45-46.
3. Wiliam Dokov, Dobrinka Radoinova, Applicability of the abbreviated injury scale in forensic medical practice in Bulgaria, Scripta Scientifica Medica, 2014, 46, (3), 51-54.

Участия в научни форуми:

1. В. Доков. Правни и медицински критерии за понятието «опасност за живота» XI Национален конгрес по патология 16-18 май 2013г гр. Шумен Резюм.стр 24-25.
2. Dokov W., D. Radoinova, Y. Kolev Principles And Organization Of Forensic Expertise Of Cases Of Bodily Injuries In Bulgaria Balkan Academy of Forensic Sciences (BAFS) - 9th Annual Meeting 12-15 June 2013 Istanbul, Turkey.
3. Dokov V Možnosti uplatnění AIS způsobu objektivního posouzení závažnosti zranění ve forenzní praxi. IV Česko-slovenský sjezd soudního lékařství 15-16.05.2014 Praha Rezum. str. 39.