

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Рецензия Котива Б.Н. ....	4
Рецензия Спиридонова В.А. ....	6
Список сокращений и условных обозначений. ....	8
Предисловие. ....	9
<b>Глава 1</b> ....	<b>14</b>
<b>Глава 2</b> ....	<b>28</b>
<b>Глава 3</b> ....	<b>38</b>
<b>Глава 4</b> ....	<b>47</b>
<b>Глава 5</b> ....	<b>63</b>
<b>Глава 6</b> ....	<b>72</b>
<b>Глава 7</b> ....	<b>81</b>
<b>Глава 8</b> ....	<b>91</b>
<b>Глава 9</b> ....	<b>99</b>
<b>Глава 10</b> ....	<b>116</b>
Заключение. ....	129
Список литературы ....	145
Приложение ....	147

## РЕЦЕНЗИЯ КОТИВА Б.Н.



В наши дни, на рубеже первой четверти XXI в., среди медицинских работников, которые были осуждены за врачебные ошибки, лидируют хирурги. С одной стороны, их работа напрямую затрагивает важнейшие человеческие ценности — жизнь и здоровье. Хирург, идя на каждую операцию, постоянно рискует, ведь в любой момент может случиться что-то непредвиденное. И если априори ставить его в положение преступника, то он просто перестанет оперировать. Уже сегодня, по информации главного хирурга Министерства здравоохранения Российской Федерации, академика Российской академии наук А.Ш. Ревишвили, в нашей стране не хватает более 7500 врачей-хирургов.

Количество студентов медицинских вузов, которые выбирают хирургию в качестве своей будущей специальности, уменьшилось почти в 2,5 раза. С другой стороны, несмотря на то что врач в нашей стране не является полноправным субъектом права, его ошибки все чаще становятся предметом обсуждения в правоохранительных органах. Практикующие хирурги все чаще сталкиваются с конфликтными ситуациями с пациентами, руководством и государственными органами, вплоть до уголовных дел. Однако, как правило, хирурги не имеют четкого представления о многих вопросах, которые возникают в ходе судебного разбирательства.

С учетом высказанного выше появление книги, которая посвящена критическому анализу правовых особенностей оказания хирургической помощи и правовой подготовке хирургов, стало особенно актуальным в современных условиях.

Личная позиция автора основана на собственном многолетнем опыте практической работы в качестве хирурга, а затем — руководителя хирургической службы одного из наиболее экономически развитых регионов

Российской Федерации. Эмпирическую базу книги составили материалы 10 уголовных дел, связанных с преступлениями против жизни и здоровья человека. Эти дела были рассмотрены судами разных регионов Российской Федерации в период с 2009 по 2022 г. На примере этих 10 случаев автор подробно проанализировал профессиональные ошибки, неблагоприятные исходы и причины их возникновения по заключениям комплексных судебно-медицинских экспертиз, в которых он непосредственно участвовал в качестве эксперта.

Книга содержит информацию, основанную на современных достижениях в области хирургической и юридической практики.

Автор владеет хорошим литературным языком. Это сразу заметно при чтении его работы. Представленные в книге материалы, без сомнения, будут полезны для широкого круга читателей. Среди них могут быть практикующие хирурги, руководители здравоохранения, научные медицинские специалисты, преподаватели, студенты, ординаторы и аспиранты медицинских и юридических вузов, а также врачи, проходящие обучение в учреждениях последипломного образования.

Заместитель начальника  
Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова  
по клинической работе, заслуженный врач РФ,  
доктор медицинских наук, профессор  
*Б.Н. Котив*

## РЕЦЕНЗИЯ СПИРИДОНОВА В.А.



Сегодня проблема случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи, расследуемых в рамках уголовного судопроизводства, не только не теряет своей актуальности, но и, по меткому выражению почетного президента Всемирной ассоциации медицинского права профессора Амнона Карми (А. Carmi), давно превратилась в «молчаливую эпидемию». О «врачебных делах» не принято говорить с больших трибун. Медицинские конференции не включают их в свои программы, дабы не накликать гнев проверяющих органов. Между тем еще в 1837 г. великий Н.И. Пирогов завещал «немедленно обнародовать свои ошибки и их последствия для предостережения и назидания других, еще менее опытных, от подобных заблуждений».

Именно в предостережении и профилактике состоит главная ценность книги «Десять дел судебной практики...». Автор обстоятельно и профессионально проводит анализ неблагоприятных исходов с позиции практикующего хирурга. Многолетний опыт неотложной хирургии позволяет ему исследовать каждый случай глубоко, давая разностороннюю экспертную оценку действиям докторов в динамике: от первого контакта с пациентом до точки невозврата, когда неблагоприятный исход был уже неизбежен. Большой заслугой автора является то, что в книге он обезличивает и перерабатывает дела, фокусируя внимание непосредственно на клинической составляющей каждого случая, позволяя читателю научиться на опыте коллег, а не осудить их.

Особое уважение вызывает тот факт, что автор говорит с читателем открыто, без лукавства. Такой честный, в некотором роде дерзкий подход позволяет ему поднять ряд актуальных проблем: от конфликта «врач—пациент» до системных причин, приводящих к врачебным ошибкам.

При этом автор в своей книге не ударяется в голый популизм, а аргументирует собственные принципиальные позиции, исходя из реалий комиссионной судебно-медицинской экспертизы и современного уголовного права.

В заключение стоит отметить, что медико-правовые проблемы, освещенные в книге «Десять дел судебной практики...», далеко не простые и не однозначные. Многие вопросы, связанные с экспертной оценкой хирургической помощи, остаются дискуссионными как в медицине, так и в судебно-экспертной практике. Тем не менее смелая попытка автора критически проанализировать реальные случаи неблагоприятных исходов в хирургической практике в условиях современной правовой медицины имеет важнейшее значение для профилактики врачебных ошибок, а также успешного развития отечественного здравоохранения.

Руководитель отдела судебно-медицинских исследований  
ФГКУ «Судебно-экспертный центр  
Следственного комитета Российской Федерации»;  
профессор кафедры судебной медицины  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России  
д-р мед. наук, магистр права  
*В.А. Спиридонов*

# ПРЕДИСЛОВИЕ

*Моим друзьям и коллегам — хирургам России,  
ныне здравствующим и ушедшим от нас  
посвящается.*

Уважаемый читатель! Книга, которую вы сейчас открыли, — не совсем обычная.

Прежде всего, следует сказать, что она основана на собственном опыте автора, за плечами которого — достаточно насыщенная жизнь в практической хирургии. Сыну двух врачей, мужу врача, отцу двух врачей за свой 40-летний трудовой путь удалось увидеть медицину в различных ипостасях. Это и учебные аудитории в качестве студента лечебного факультета одного из старейших медицинских вузов страны. Это и палаты, перевязочные, операционные залы, а в последующем — административные кабинеты и офисы ведущих хирургических скоропомощных и высокотехнологичных клиник Татарстана в качестве сначала врача-хирурга, а затем заместителя главных врачей по хирургической службе и медицинской помощи. Это и лечебный отдел министерства здравоохранения крупного промышленно развитого региона России в качестве главного внештатного специалиста-хирурга. Это и залы научных хирургических конференций, конгрессов, съездов в качестве доктора медицинских наук, профессора. Это, наконец, вновь учебные аудитории двух медицинских вузов, последипломного и первичного высшего медицинского образования, в качестве заведующего кафедрами неотложной медицины.

За это время автору удалось опубликовать достаточно много научных работ, написанных в традиционном стиле, стиле научного доклада, статьи или монографии. Они были посвящены различным вопросам клинической хирургии, показывали и научно обосновывали недостатки или преимущества того или иного метода диагностики, того или иного метода лечения того или иного хирургического заболевания. Однако чем старше становился автор, чем больше приобретал практического опыта, тем отчетливее приходило понимание того, что хирургия, особенно ее неотложный раздел, — это довольно противоречивая специальность. С одной стороны, хирурги, как правило, поразительно уверены в своих профессиональных возможностях. С другой стороны, в хирургии поразительно много неопределенности, интуиции, работы по наитию. На ум приходит крылатое изречение древних: «Хирургия как цель — наука! Хирургия как средство — искусство!»

Простой обыватель, как правило, убежден, что хирургия — это четко выстроенная логическая цепь знаний и умений. Автор и сам, читая сегодняшним студентам вводную лекцию о возможностях современной хирургии, с искренним убеждением говорит о том, что идеи, веками существовавшие в сфере мечтаний, сегодня одна за другой переходят в сферу повседневной жизни, а изощренность хирургической техники, ее безудержное стремление завладеть недоступными еще недавно областями, ее проникновение в эти области иной раз поражают не менее, чем победы человека в космосе. «Хирургия как цель — наука!»

Однако жизненный опыт, «сын ошибок трудных», подсказывает, что в реальности это далеко не совершенная наука. Это мир жизни, очень часто висящих на волоске, когда исход зависит от каких-то совершенно необъяснимых обстоятельств. С одной стороны, безусловно, здание современной хирургии базируется на прочном научном фундаменте, и научно-технический прогресс позволяет хирургу опираться на результаты лабораторных и специальных инструментальных методов исследования, таких как ультразвук, эндоскопия, рентгеновская компьютерная томография (РКТ), магнитно-резонансная, позитронно-эмиссионная томография. С другой стороны, обращаясь к результатам этих исследований, мы мало понимаем глубинные механизмы возникновения обнаруженных изменений, а результат хирургического вмешательства по-прежнему зависит от практического опыта, интуиции, догадок, предположений. Практикующий хирург каждый день, а часто и каждую ночь, сталкивается с неизвестностью, неопределенностью: надо ли брать больного на операцию или можно не оперировать; какой объем операции выбрать; перенесет ли больной расширенный объем; радикально ли избавит от болезни сокращенный объем; как закончить операцию; надо ли брать на повторную операцию. Такое хождение «по лезвию ножа» связано с тем, что информация о том или ином заболевании не всегда точна, часто — противоречива, а научные постулаты, как правило, неоднозначны. «Хирургия как средство — искусство!»

Кроме того, хирургия — это еще и люди со своими житейскими проблемами. Нам хочется верить, что врач непогрешим на своем рабочем месте. В операционной — всемогущ, никогда не устает и не чувствует себя плохо, не раздражается и не отвлекается на посторонние мысли. Однако в реальной жизни хирурги — это обычные люди, которым, как и всем, свойственно ошибаться. Люди, собственные знания и практические технические навыки выполнения того или иного хирургического приема у которых не всегда совершенны. В таких условиях неудивительно, что хирургические врачебные ошибки, или, как говорят юристы, дефекты оказания

хирургической помощи, к сожалению, сопровождают профессиональный путь любого практикующего хирурга.

В последние годы в России неуклонно растет число обращений пациентов и их родственников в правоохранительные органы с жалобами на ненадлежащее оказание медицинской помощи. Только в 2022 г. Следственным комитетом Российской Федерации (РФ) таких обращений было зарегистрировано 5747. Против медицинских работников было возбуждено 1860 уголовных дел. Другими словами, каждое третье заявление на врача в правоохранительные органы приводило к возбуждению уголовного дела. Обвинения по уголовным делам были предъявлены 193 медицинским работникам. И только по 19 (10%) из них был вынесен оправдательный приговор.



Жизнь убедительно свидетельствует о том, что врачи-хирурги лидируют по масштабу вовлечения в уголовное судопроизводство. Связано это в том числе и с вышеозначенными особенностями нашей профессии, поскольку хирургическое вмешательство может как излечить болезнь, так и вызвать развитие опасных для жизни осложнений и даже смерти. Ни при какой операции или инвазивной процедуре нельзя быть уверенным на 100%, что пациент ее перенесет без осложнений или вообще останется живым.

Юридическая оценка подобного рода осложнений на практике реализуется через проведение комиссионных судебно-медицинских экспертиз. Последние 13 лет автору как главному хирургу Министерства здравоохранения Татарстана приходилось регулярно участвовать в качестве эксперта в работе такого рода комиссионных судебно-медицинских экспертиз. Полученный в ходе этой работы опыт убедил автора в актуальности правовой подготовки практикующих врачей-хирургов, которые в современных реалиях все чаще сталкиваются с конфликтными ситуациями с пациентами, руководством и государственными органами, вплоть до уголовных дел. При этом хирурги, как правило, не имеют четкого представления о многих вопросах, возникающих в процессе уголовного судопроизводства. Что такое хирургическая «врачебная ошибка»? Каковы причины возникновения «врачебных ошибок» в хирургической практике? Как хирургу реагировать на «врачебную ошибку», чтобы не повторить ее в будущем? Какие юридические последствия может повлечь за собой «врачебная ошибка» хирурга? За какие виды «врачебных ошибок» хирург может понести ответственность в уголовном порядке? Что позволяет минимизировать риск возникновения хирургических «врачебных ошибок»? Наконец, каков алгоритм действий в случае возбуждения уголовного дела по факту неблагоприятного исхода оказания хирургической помощи? В принципе, подробному анализу всех этих вопросов посвящено немало специальной юридической литературы. Но положила руку на сердце — часто ли мы тратим свое драгоценное время на такую информацию, пока «гром не грянул» или, как говорят в народе, «жареный петух не клюнул»? Подавляющее большинство хирургов считает, что это будет лишь отвлекать их от исполнения основных обязанностей — лечить людей и спасать человеческие жизни. В качестве ответа такого рода оппонентам автор хотел бы привести слова легендарного литературного и кинематографического героя — Штирлица: «Для того чтобы побеждать врага, нужно знать его идеологию, не так ли? А учиться этому во время боя — обречь себя на поражение». Лучше, пожалуй, и не скажешь! Именно этот постулат послужил для автора окончательным аргументом в пользу написания этой книги.

Что касается формы подачи материала, автор посчитал возможным воспользоваться советом великого И.В. Гете: «Суша, мой друг, теория везде, но древо жизни пышно зеленеет». Именно поэтому были взяты десять реальных уголовных «врачебных» дел из открытой судебной практики, в которых автору пришлось участвовать в формировании экспертного заключения по результатам проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз. На примере этих живых, «пышно зеленеющих» «десяти негритят» автор попытался провести клиничко-правовые разборы, акцентировав внимание читателей на основных клинических и юридических аспектах, которые имели место в действительности.



Все события, описанные в этой книге, произошли в реальной жизни. Автор ничего не выдумывал. Однако в целях сохранения врачебной тайны ему пришлось полностью изменить имена участников, время и географические места действия, по которым можно было бы узнать реальные прототипы.

И, наконец, ни в коей мере не претендуя на абсолютную завершенность и уж тем более не считая себя истиной в последней инстанции, автор прекрасно понимает, что каждый прочитавший эту книгу имеет право на свою точку зрения по каждому из «десяти негритят». Однако жизнь в этих делах уже расставила все точки над «i». Автор будет признателен читателям за критические замечания.

Итак, поехали, или, как говорится, «*In nomine Patris, et Filii, et Spiritus Sancti. Amen!*»<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> «Во имя Отца и Сына и Святого Духа. Аминь!»

## ГЛАВА 8

---

*«Трое негритят в зверинце оказались,  
Одного схватил медведь, и вдвоем остались»*

В работе любого практикующего хирурга, а тем более хирурга неотложной помощи, всегда были и, к сожалению, всегда будут летальные случаи. От этого никто не застрахован. Больные умирают и у ординаторов-первогодков, и у умудренных опытом ветеранов. Однако если у опытного хирурга летальный исход — это чаще всего нестандартность ситуации или тяжесть заболевания, то у молодых, как правило, — вольное или невольное отступление от существующих алгоритмов, протоколов, рекомендаций. Не секрет, что любая инструкция в хирургии опирается на жизненный опыт предыдущих поколений врачей. Она написана «кровью пациентов». Почему же все новые и новые больные должны платить жизнью за те ошибки, которых вполне можно было избежать? Ведь причины их возникновения давно проанализированы. Методы их профилактики давно предложены. И на эту тему наш очередной клинико-правовой разбор.

*«Первая часть Мерлезонского балета.»*

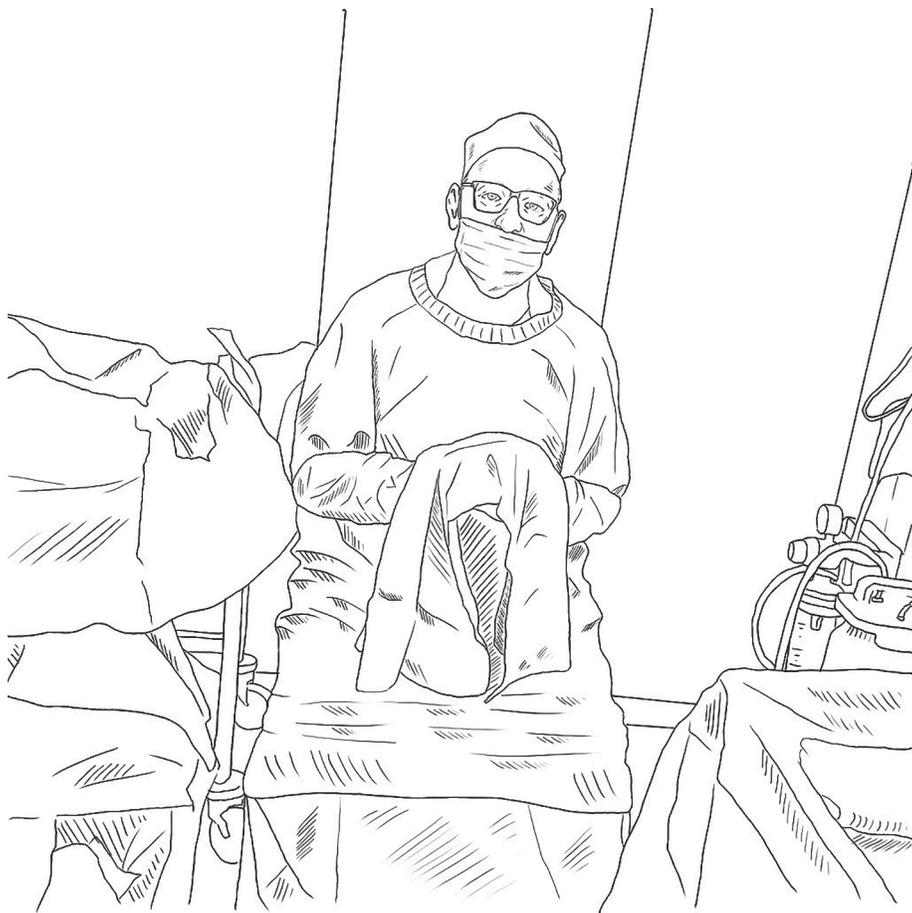
Доктор Б., 32-летний ординатор отделения хирургии центральной районной больницы в городе Е., присел на диван в ординаторской. Ноги гудели. Вставать не хотелось. Каких-то четверть часа тому назад он успешно закончил операцию по поводу вправимой пупочной грыжи. Сейчас можно было позволить себе несколько минут отдыха. До конца рабочего дня оставалось часа полтора. Однако расслабляться было рано. Кроме написания операционного протокола, надо было еще посмотреть больных. Он планировал передать их для динамического наблюдения заступающей на дежурство бригаде хирургов. Неожиданно затрещал внутрибольничный телефонный аппарат. Рука автоматически потянулась к трубке, подняла ее и поднесла к уху. «Хорошо, я приду», — ответил Б. после того, как внимательно что-то выслушал. «Терапевты просят проконсультировать больного в приемном отделении. Я схожу, посмотрю», — добавил он,

обращаясь к коллегам и поправляя на ходу халат, прежде чем выйти из ординаторской.

21.11.2023 в 14:40 в приемное отделение центральной районной больницы в городе Е. самостоятельно обратился пациент Д. 1978 года рождения. Он жаловался на недомогание, общую слабость, боли в груди при дыхании, затрудненное дыхание, чувство нехватки воздуха, повышение температуры тела до 38,0 °С. Больной заявил, что чувствует себя нездоровым в течение последних 6 сут. За это время он никуда за медицинской помощью не обращался.

В приемном отделении пациент Д. был осмотрен терапевтом. В результате этого осмотра было установлено, что общее состояние больного тяжелое. Температура тела составляла 38,6 °С. Частота дыхания — 22 дыхательных движения в минуту. При перкуссии легких справа был обнаружен тупой звук, а слева — легочный. При аускультации легких справа в нижних отделах выслушивались влажные мелкопузырчатые рассеянные хрипы. Частота сердечных сокращений составляла 90 в минуту. Артериальное давление — 120/80 мм рт.ст. Живот был мягким и безболезненным. В приемном отделении было выполнено ультразвуковое исследование. При этом в правой плевральной полости было обнаружено 50 мл свободной жидкости с наличием эхогенных перетяжек. В брюшной полости свободной жидкости не было обнаружено. Пациенту был выставлен предварительный диагноз: «Правосторонняя крупозная пневмония. Экссудативный плеврит справа». Для уточнения характера жидкости, обнаруженной в правой плевральной полости, на консультацию был приглашен хирург.

Осмотрев больного, хирург Б. принял правильное решение выполнить диагностическую пункцию правой плевральной полости. Пожалуй, это единственный достоверный, хотя и инвазивный, то есть связанный с нарушением целостности кожных покровов, метод определения характера плевральной жидкости. В перевязочном кабинете приемного отделения под местной анестезией хирург Б. выполнил пункцию правой плевральной полости в седьмом межреберье по средней подмышечной линии. Во время пункции было добыто 30 мл желтого прозрачного экссудата без запаха. Таким образом, убедительных данных за острую хирургическую патологию со стороны органов грудной клетки хирург не нашел. Больной был госпитализирован в терапевтическое отделение. Однако в связи с тяжестью состояния, обусловленной нарастающей дыхательной недостаточностью, было принято правильное и абсолютно обоснованное решение лечение больного вести в условиях палаты интенсивной терапии отделения анестезиологии и реанимации.



Итак, 21.11.2023 в 16:05 пациент был поднят в палату интенсивной терапии отделения анестезиологии и реанимации. В это время общее состояние больного оставалось тяжелым. Пациент был вялым, заторможенным. Он с трудом поддерживал контакт и быстро уставал. Кожные покровы были бледными. В легких справа дыхание было резко ослабленным, а слева выслушивались влажные хрипы. Тоны сердца были приглушенными и ритмичными. Частота сердечных сокращений составляла 116 в минуту. Артериальное давление — 115/70 мм рт.ст. Живот был мягким и безболезненным. Результаты общего анализа крови, проведенного в 22:10, показали, что показатель гемоглобина был 99 г/л; показатель эритроцитов —  $3,0 \times 10^{12}$  Ед/л; показатель лейкоцитов —  $12,9 \times 10^9$  Ед/л.

В течение ночи больного неоднократно осматривали дежурные врачи — анестезиолог-реаниматолог и терапевт. В то же самое время ни разу ни один дежурный хирург к пациенту не подошел и его состояние после проведенной пункции плевральной полости не проконтролировал. По-видимому, пациент не был передан под наблюдение дежурной смене хирургов.

22.11.2023 в 08:10 дежурный анестезиолог-реаниматолог отмечает, что общее состояние больного остается тяжелым. Пациент находился в сознании, однако был заторможен, с трудом доступен контакту. Кожные покровы были бледными. При аускультации легких справа дыхание не выслушивалось, а слева было жестким и ослабленным. Частота сердечных сокращений составляла 111 в минуту. Артериальное давление — 112/79 мм рт.ст. Тоны сердца были приглушенными. Живот был мягким и безболезненным.

22.11.2023 в 11:20 реаниматологи повторно пригласили на консультацию хирурга. И опять пациента осмотрел хирург Б. При этом он установил, что температура тела снизилась до 37,2 °С. При аускультации легких справа в верхних отделах дыхание было резко ослабленным. В нижних отделах дыхание не выслушивалось. Слева дыхание проводилось по всем полям. Там же выслушивались влажные хрипы. Частота сердечных сокращений составляла 98 в минуту. Артериальное давление — 110/80 мм рт.ст. Живот был мягким и безболезненным. Выслушивались кишечные перистальтические шумы.

После проведенного осмотра хирург не назначил ни рентгенологического, ни ультразвукового исследования грудной клетки. При этом он принял решение повторно выполнить диагностическую пункцию правой плевральной полости. В палате интенсивной терапии под местной анестезией хирург Б. выполнил повторную пункцию правой плевральной полости в седьмом межреберье по средней подмышечной линии. Во время второй пункции какой-либо патологической жидкости из плевральной полости не было добыто. Однако это не насторожило хирурга Б. После проведения повторной плевральной пункции хирург Б. опять не назначил ни рентгенологического, ни ультразвукового исследования грудной клетки. Он только определил отсутствие экстренных показаний к оперативному лечению. Появился совершенно ничем не обоснованный диагноз: «Гематома плевральной полости справа?»

22.11.2023 в 17:00 общее состояние больного продолжает оставаться тяжелым. В это время кожные покровы были бледными с сероватым оттенком. При аускультации легких справа в верхних отделах дыхание было резко ослаблено. В нижних отделах справа дыхание не выслушивалось.

Частота сердечных сокращений составляла 123 в минуту. Артериальное давление — 80/50 мм рт.ст. Живот был мягким и безболезненным. В общем анализе крови показатель гемоглобина составлял 90 г/л; показатель эритроцитов —  $3,93 \times 10^{12}$  в 1 л; показатель лейкоцитов —  $9,4 \times 10^9$  в 1 л.

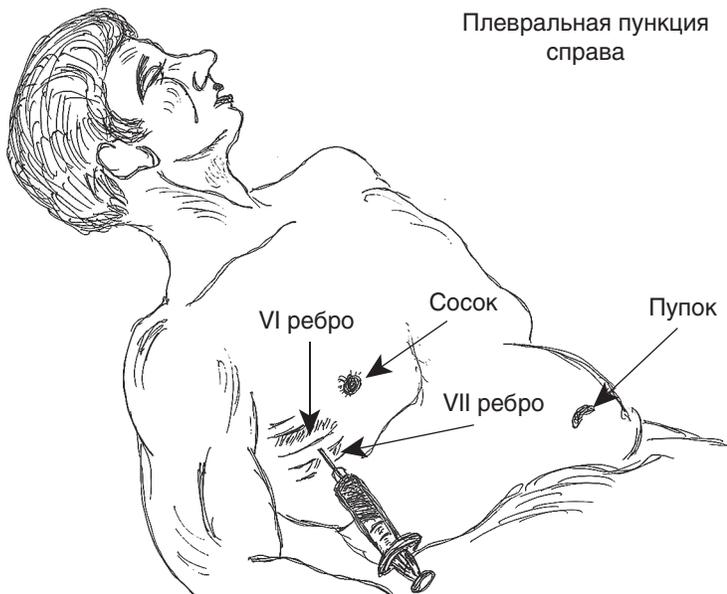
22.11.2023 года в 22:30 частота сердечных сокращений — 117 в минуту. Артериальное давление — 89/50 мм рт.ст.

23.11.2023 в 06:20 частота сердечных сокращений — 107 в минуту. Артериальное давление — 98/64 мм рт.ст.

В это время в общем анализе крови показатель гемоглобина — 84 г/л; показатель эритроцитов —  $2,0 \times 10^{12}$  Ед/л; показатель лейкоцитов —  $15,7 \times 10^9$  Ед/л.

И снова после проведенной инвазивной манипуляции хирург Б. не подошел к пациенту, к которому он «приложил свои руки». Ни разу за ночь он не оценил динамику состояния больного.

23.11.2023 в 09:40 реаниматолог в очередной раз вызвал на консультацию хирурга. Опять хирург Б., уже в третий раз, под местной анестезией в седьмом межреберье по средней подмышечной линии выполнил пункцию правой плевральной полости. При активной аспирации в плевральной полости патологического содержимого опять не было найдено. И опять это не насторожило хирурга. Пациент в очередной раз остался под наблюдением лишь дежурного реаниматолога.



23.11.2023 в 16:55 состояние пациента в динамике продолжало ухудшаться. Нарастали признаки дыхательной недостаточности. Наконец-то была выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции в положении пациента лежа на кровати было обнаружено жидкостное затемнение справа по всем легочным полям. На уровне IV ребра справа определялся горизонтальный уровень. У пациента была выраженная одышка. Частота дыхания составляла 22 дыхательных движения в минуту. Постоянно проводилась ингаляция кислорода. Частота сердечных сокращений составляла 102 в минуту. Артериальное давление — 89/60 мм рт.ст. Живот был мягким. В общем анализе крови показатель гемоглобина — 61 г/л; показатель эритроцитов —  $2,1 \times 10^{12}$  Ед/л; показатель лейкоцитов —  $18,3 \times 10^9$  Ед/л.

23.11.2023 в 17:30 в очередной раз был приглашен на консультацию хирург. При осмотре хирург отметил жалобы на общую слабость, головокружение, потемнение перед глазами. Общее состояние пациента было тяжелым и продолжало ухудшаться. Кожа была бледной окраски. При аускультации легких справа дыхание не выслушивалось. Слева выслушивались влажные хрипы. Частота сердечных сокращений составляла 98 в минуту. Артериальное давление — 80/60 мм рт.ст. Живот был мягким, не вздутым, безболезненным. Симптомов раздражения брюшины не было. В четвертый раз хирург с упорством, достойным лучшего применения, вслепую выполнил пункцию правой плевральной полости. На этот раз при активной аспирации из плевральной полости стала поступать жидкость с примесью крови. Был выставлен диагноз: «Гемоторакс справа? Продолжающееся кровотечение в правую плевральную полость?» Для определения источника кровотечения и его остановки хирург принял решение по жизненным показаниям выполнить операцию — правостороннюю торакотомию, то есть вскрытие грудной клетки.

Однако 23.11.2023 в 18:10 у больного произошла остановка сердечной деятельности. Тоны сердца не выслушивались. Артериальное давление не определялось. Пульсация на сонных артериях и периферических сосудах и спонтанное дыхание отсутствовали. Были начаты мероприятия расширенной сердечно-легочной реанимации. К сожалению, в течение 30 мин они не привели к положительному результату. В 18:40 23.11.2023 была констатирована биологическая смерть.

Труп был направлен на вскрытие с заключительным клиническим диагнозом: «Правосторонний гемоторакс. Геморрагический шок 3–4-й степени. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени. Двусторонняя внебольничная пневмония. Острая дыхательная недостаточность».

«Вторая часть Мерлезонского балета!»

*Из акта судебно-медицинского исследования трупа № ... от 24 ноября 2023 г.*

**Наружное исследование:** на правой боковой поверхности грудной клетки по средней подмышечной линии обнаружены четыре ранки округлой формы с ровными краями, диаметром по 0,1 см каждая. Две из них расположены в проекции седьмого межреберья, а две — в проекции восьмого межреберья. С просвета ранок при надавливании с боков вытекает красноватая жидкость. Вокруг ранок — синюшно-красные, овальные, косопоперечные кровоподтеки размерами от 5,0×2,5 см до 3,0×2,0 см.

**Внутреннее исследование:** в плевральных полостях содержится: справа — около 80 мл, а слева — около 100 мл мутной желтой жидкости с желтыми хлопьями.

**Правое легкое:** на ощупь верхняя и средняя доли — печеночной плотности, нижняя доля — дряблая. Ткань верхней и средней доли с поверхности и на разрезе серо-желто-коричневая. С поверхности разреза отделяется большое количество сливкообразного серо-желтого содержимого. Ткань нижней доли — бледно-серо-розовая. Из перерезанных сосудов вытекает скудное количество жидкой темно-красной крови. В просвете средних и мелких бронхов сливкообразное серо-желтое содержимое.

Высота куполов диафрагмы по передним подмышечным линиям — VI ребро справа и VII ребро слева. В правом куполе диафрагмы на уровне седьмого и восьмого межреберий в проекции точечных ранок на коже очаговое темно-красное кровоизлияние размерами 6,0×5,0 см. В области этого кровоизлияния — четыре точечных сквозных ранки с ровными краями, кровоизлияниями в них и в окружающие ткани.

В брюшной полости около 1100 мл жидкой темно-красной крови и около 400 мл темно-красных эластичных сгустков.

Край печени на 10 см выступает из-под края реберной дуги. На диафрагмальной поверхности правой доли печени в средней трети в 14 см от серповидной связки и в 13 см от нижнего края печени расположены четыре точечные ранки с ровными краями. Две из них покрыты серыми рыхлыми наложениями фибрина, а две — зияющие, с просвета отделяется жидкая кровь. Вокруг ранок очаговые темно-красные кровоизлияния в окружающие ткани.

**Гистологическое исследование:** выявлены морфологические гистологические критерии тотальной гнойно-фибринозной пневмонии, гнойно-фибринозного плеврита, выраженного общего малокровия исследуемых паренхиматозных органов.

Таким образом, смерть гражданина Д. последовала от серьезных осложнений, вызванных дефектами медицинских манипуляций. При проведении плевральных пункций справа произошли множественные повреждения диафрагмы и печени. Они осложнились внутрибрюшным кровотечением с массивной кровопотерей. Все эти факты были подтверждены совокупностью медицинских документов, морфологических признаков, выявленных при судебно-медицинском исследовании, а также данными судебно-гистологического исследования.

При строго формальном подходе можно утверждать, что медицинский персонал не совершил никаких нарушений действующих инструктивно-методических рекомендаций, приказов и общепринятых положений, а также других ведомственных нормативно-правовых актов. Диагностические пункции правой плевральной полости были проведены своевременно. Однако во время проведения пункций правой плевральной полости были повреждены диафрагма и печень. Ятрогенные повреждения диафрагмы и печени осложнились массивным внутрибрюшным кровотечением, постгеморрагической анемией. Эти осложнения не были обнаружены. Это произошло, потому что не было должного контроля за состоянием больного. Динамическое наблюдение за пациентом было проведено недостаточно тщательно. Это не позволило распознать возникшее массивное внутрибрюшное кровотечение, развившееся в результате ятрогенных повреждений диафрагмы и печени. Необходимые меры для его устранения не были приняты. Для ликвидации последствий ятрогенных повреждений диафрагмы и печени, осложнившихся массивным внутрибрюшным кровотечением, постгеморрагической анемией, необходимо было выполнить по жизненным показаниям операцию — лапаротомию. Во время этой операции необходимо было обнаружить и устранить источники внутрибрюшного кровотечения. Тщательное динамическое наблюдение за пациентом позволило бы раньше выявить развитие внутрибрюшного кровотечения. Однако массивная внутрибрюшная кровопотеря, развившаяся в результате допущенных во время проведения пункций правой плевральной полости технических дефектов, а именно — повреждения диафрагмы и печени, не была диагностирована и привела в конечном итоге к смерти.

**Заключение.** На основании изученных материалов дела комиссия экспертов пришла к выводу, что повреждение диафрагмы и печени причинили тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни (п. 6.1.16 и п. 6.2.1 приказа от 24.04.2008 № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека»).