

3. Михеева Н. А., Баринев Е. Х. Экспертная оценка профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов в практике пластической хирургии (монография). – М. : НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», – 2013. – 128 с.

4. Татаринцев А. В., Баринев Е. Х., Ярема В. И. Экспертная оценка дефектов оказания экстренной медицинской помощи больным с острой абдоминальной хирургической инфекцией (монография). – М. : НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав». – 2012. – 90 с.

О. А. Дмитриева, А. В. Голубева

## **ОСЛОЖНЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ «ВРАЧЕБНЫХ ДЕЛ»**

*ГБУЗ «Приморское краевое бюро  
судебно-медицинской экспертизы»,  
г. Владивосток*

В последние годы значительно увеличилось число экспертиз по претензиям к медицинским работникам, что связано с активностью граждан, работой средств массовой информации, гражданскими исками, развитием страховой медицины и частной системы здравоохранения. Однако, анализ, так называемых «врачебных дел» в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Приморское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы» (ГБУЗ «ПК БЮРО СМЭ»), показал, что многих из них могло и не быть при правильной трактовке посттравматических осложнений реанимации экспертами первичного звена. В этом плане судебно-медицинский диагноз приобретает особое значение, так как является мерилем не только понимания экспертом локального патологического процесса, но и всех патогенетических связей в целом. В сущности, определение причинно-следственных связей – это основная работа судебных медиков, от которой в значительной мере зависит успешное решение многих вопросов (Солохин А. А. с соавторами, 1986, Федченко Т. М., 2000, Хохлов В. В., Андрейкин А. Б., 2013, Баринев Е. Х с соавторами, 2013).

Судебно-медицинский диагноз — это специальное заключение о сущности повреждения (заболевания), состоянии обследуемого или причине смерти, составленное на основании судебно-медицинской

экспертизы при решении вопросов, возникающих в судебно-следственной практике, и выраженное в терминах, обозначенных в нормативных документах, принятых в судебной медицине. При этом поликлинический, клинический, патологоанатомический или судебно-медицинский диагнозы должны быть построены по единому структурному принципу, чтобы быть сопоставимыми. В соответствии с Методическими рекомендациями в диагнозе должно быть четко выделено основное заболевание, осложнения основного и сопутствующие заболевания (Шмурун Р. И., 1993).

В связи с этим оценка последствий реанимации со стороны дыхательной системы остается актуальной проблемой судебной медицины, поскольку такие осложнения нередко трактуются экспертами как самостоятельная нозологическая единица, вызывая не только путаницу, но и жалобы на врачей в несвоевременной диагностике сопутствующих заболеваний. Общеизвестно, что тяжелая травма может быть сопряжена с лёгочными осложнениями и развитием различных по масштабу воспалительных изменений в дыхательной системе (Торгушина Н. С. и Эделев Н. С., 2007). К таким сопутствующим факторам авторы относят: рефлекторный бронхоспазм, ограничение подвижности диафрагмы, способствующее развитию ателектазов и гипостатическому венозному полнокровию, рефлекторные гемодинамические и гемореологические расстройства, ослабляющие всю систему защиты респираторного отдела и возможность «скрытой» жировой эмболии, приводящей к дисфункции аэрогематического барьера. При этом следует подчеркнуть, что любые выводы, формулируемые экспертом – это логические формы, которые должны строиться по правилам и законам логики, а игнорирование судебно-медицинскими экспертами положений логики приводит к произвольным и нередко ошибочным выводам (Ковалев А. В., Шмаров Л. А., Теньков А. А., 2013; Лаврентюк Г. П., Быховская О. А., 2013).

Известно, что острая черепно-мозговая травма (ЧМТ) вызывает раздражение и повреждение структур мозга, в результате которого из гипоталамо-гипофизарной системы идут центрально-рефлекторные и гуморальные влияния на весь организм, что обуславливает полиорганную недостаточность. Как правило, такие изменения начинаются в лёгких. Пневмония при тяжёлой ЧМТ, как основное лёгочное осложнение, наблюдается в 80–90 % и является одной из непосредственных причин смерти (Тикк А. А., 1999). Центральные обусловленные изменения лёгочного кровообращения, возникающие уже в первые минуты и часы после травмы, служат основой, благоприятству-

ющей присоединению вторичных инфекций (альвеолит, бронхолит, очаговая или разлитая пневмония). Нередко этому способствует аспирация крови, рвотных масс, слюны, особенно у лиц, находящихся в бессознательном состоянии. Через расслабленный пищевод содержимое желудка попадает в глотку и дыхательные пути, не вызывая защитных реакций. При тяжёлой ЧМТ лёгочный кровоток замедляется в 2–3 раза, открываются шунты в лёгких, и нарушается соотношение вентиляции и перфузии пропорционально тяжести ЧМТ. В общий кровоток выбрасывается большое количество катехоламинов, что нарушает микроциркуляцию во всем организме (Есипова И. К., Алексеевский Ю. Г., 1995). Нарушение дренажной функции трахеобронхиального дерева и застойное полнокровие в нижележащих отделах способствуют возникновению гипостатической пневмонии. Длительные гипоксические, дисциркуляторные и обменные нарушения приводят к тому, что полиорганная патология, в той или иной степени выраженности, имеется почти у всех пострадавших с тяжёлой ЧМТ, определяемая как дисфункция органов в ответ на травму (Дерябин И. И., Насонкин О. С., 1987, Торгушина Н. С., Эделев Н. С., 2007). Приводим наблюдения, в которых пневмония при тяжёлой ЧМТ при проведении первичной экспертизы, оценивалась как самостоятельное заболевание.

**Наблюдение 1.** Гр-н Б., 18 лет, после ударов о стену правой боковой поверхностью головы, поступил в стационар без сознания, в коме, с выраженной стволовой симптоматикой («плавающие» глазные яблоки, двусторонний мидриаз, двусторонний парез конечностей) и менингеальными симптомами. Выставлен диагноз: «Закрытая ЧМТ, ушиб головного мозга тяжёлой степени, диффузное аксональное повреждение мозга (ДАП)». В сущности, возникла клиника первичного повреждения ствола мозга в результате его перекручивания и натяжения, что и объясняет изначальную кому, с грубой стволовой симптоматикой. Через неделю появились нарушения дыхания, требующие проведения длительной искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ). Через две недели коматозное состояние оставалось, появились симптомы перехода комы в транзиторное, а затем – и в вегетативное состояние. Через 3 недели, когда восстановилось самостоятельное дыхание, мать забрала сына домой, где продолжала за ним ухаживать при непосредственном наблюдении неврологом и терапевтом поликлиники. В записях амбулаторной карты отмечались такие проявления ДАП как тонические судороги при пассивном изменении положения тела, повороты и наклоны головы, тремор кистей, жевательный и глота-

тельный автоматизм. Через 1,5 месяца после травмы отчётливо прослеживалось истощение (кормление через зонд), жёсткое дыхание, а затем сухие и влажные хрипы. Смерть наступила через 2 месяца на фоне присоединившегося осложнения – гипостатической пневмонии. Судебно-медицинским экспертом выставлен диагноз: «ЧМТ, тяжёлый ушиб головного мозга, ДАП, гипостатическая пневмония», указав в заключении, что Б. умер от гипостатической пневмонии и его смерть не стоит в прямой причинной связи с ДАП. Экспертная комиссия при проведении повторной комиссионной судебно-медицинской экспертизы пришла к выводу о том, что в данном случае пневмония не является самостоятельной нозологической единицей, относится к осложнениям тяжёлой ЧМТ, патогенетически связана с ЧМТ и состоит с ней в прямой причинной связи, являясь экстракраниальным осложнением ДАП.

Пролежни бронхов и бронхо-трахеальные свищи относятся к нередким осложнениям реанимации. Обнаруживая их при судебно-медицинском исследовании трупа, эксперт определяет аспирационную пневмонию как основную причину смерти, обозначая при этом возникший пролежень от трахеостомической трубки, как основную причину смерти и, следовательно, неполноценно оказанное реаниматологическое пособие. Однако, следует учитывать, что повреждение трахеи при ИВЛ происходит на фоне измененной биомеханики и регуляции дыхания, когда имеется выраженная разница внутриальвеолярного и внутриплеврального давлений, что повышает растяжимость стенки дыхательных путей. При длительной ИВЛ растяжимость лёгких постепенно снижается, так как нарушается дренажная их функция и возникает деструкция поверхностно-активного вещества – сурфактанта. Более того, важно понимать, что травма, тем более сочетанная, это результат системных изменений в организме и порой не зависит от локализации травмы. Именно системные изменения бывают опаснее самой травмы поскольку возникают порочные круги из-за поступления в кровяное русло большого количества денатурированных белков и других, чужеродных по антигенной структуре, веществ (Повзун С. А., 2013). Интубация трахеи в этот момент, как необходимый вариант реанимации, чревата различными осложнениями, в том числе и пролежнями слизистой оболочки трахеи, как правило, образующихся после длительной ИВЛ. В этом плане установление причинно-следственных связей крайне важно, поскольку подмена понятий формальной логики ведёт к необоснованному возникновению так называемых «врачебных дел». Как правило, такие дела возникают тогда, ко-

гда требуется не только установить основную причину смерти, но и раскрыть более сложные явления, то есть восстановить причинно-следственные связи. Ещё Вермель И.Г. (1979) писал о том, что по своей логической форме выводы эксперта представляют собой суждения, поскольку эксперт не может представить их в иной форме. Эти выводы могут быть достоверными или вероятными в зависимости от характера связи между явлениями. По мнению Солохина А. А. с соавторами (1986) решение вопросов причинности связано с необходимостью перехода от предельно абстрактного, всеобщего понимания причинно-следственных связей, к конкретным связям в судебной медицине, которые должны быть не противоречивыми, последовательными, обоснованными и надежными, позволяющими осмысливать практический судебно-медицинский материал без потери качественной его специфики. И это крайне важно, так как при проведении судебно-медицинской экспертизы по «врачебным делам» объектом познания является не только живое лицо или труп, но и профессиональная деятельность работников здравоохранения (Федченко Т. М. с соавторами, 2000; Лаврентюк Г. П., Быховская О. А., 2013).

**Наблюдение 2.** Гр-ка Д., 53 лет, после ДТП поступила в стационар 09.03.2012 года в крайне тяжёлом состоянии. Экстренно, по жизненным показаниям, произведена лапаротомия с ревизией и дренированием брюшной полости. Интраоперационно обнаружено: забрюшинная гематома у верхнего полюса правой почки с её разрывом, гемоперитонеум; закрытая травма грудной клетки с гемотораксом слева. Кроме того, имелся зарытый перелом обеих костей правого предплечья в верхней трети с продольно-осевой деформацией. Произведена репозиция перелома с наложением гипсовой повязки. В плевральную полость введены дренажи. Состояние сознания – сопор, кома I. Самостоятельного дыхания нет. Наложена трахеостома и система ИВЛ. В последующие дни состояние крайне тяжёлое 23.03.2012 года в трахеостому стало поступать желудочное содержимое. На ФГДС: в области пищевода обнаружено перфорационное отверстие в диаметре до 1,5 см с неровными гиперемированными краями, покрытыми фибрином и слизью. Диагноз: «Эзофаготрахеальный свищ». Из желудка по назогастральному зонду отходит воздух. Смерть наступила 08.04.2012 года. Посмертный диагноз: «Пищеводно-трахеальный свищ, тотальная аспирационная пневмония; сепсис, полиорганная недостаточность; тупая травма грудной клетки, живота, ушиб сердца, лёгких, разрыв правой почки, забрюшинная гематома, закрытый перелом обеих костей правого предплечья». Судебно-медицинский диа-

гноз: «Ятрогенное повреждение трахеи и пищевода при интубации трахеи во время проведения операции лапаротомии 09.03.2012 года (эзофаготрахеальный свищ, гнойно-некротический эзофагит, серозно-гнойная пневмония); тупая травма живота (разрыв правой почки, забрюшинная гематома справа, кровоизлияние в брюшную и левую плевральную полости)». Эксперт пришел к выводу о том, что повреждения, возникшие в результате ДТП в прямой причинной связи со смертью не стоят. Причинно-следственные связи в данном случае были поставлены во главу угла при назначении комиссионной судебно-медицинской экспертизы. Экспертная комиссия пришла к выводу о том, что образование трахеопищеводного свища произошло не в результате травмирования трахеи при её интубации 09.03.2012 года, а гораздо позже, в результате образования пролежня и трахеопищеводного свища в месте соприкосновения манжеты и интубационной, а в последующем – трахеостомической трубки со стенками трахеи, подтвердив свое заключение следующими аргументами:

- при травме трахеи 09.03.2012 года, возникла бы соответствующая клиническая картина: с признаками баротравмы органов грудной клетки, так как пациентка находилась на ИВЛ, и её дыхание осуществлялось методом вдувания воздуха в лёгкие под давлением. Однако, симптоматика баротравмы отсутствовала, равным образом – как и соответствующие изменения на рентгенограммах грудной клетки. При выполнении операции трахеостомии 11.03.2012 года также не описаны какие-либо изменения, характерные для травмы трахеи, а клиническая картина аспирации желудочным содержимым (по дневникам в истории болезни) появилась только 22.03.2012 года. Поэтому имеет место не ятрогенное повреждение трахеи, а осложнение интубации трахеи в виде фиброза с образованием трахеопищеводного свища, что относится к поздним (свыше 72 часов) осложнениям интубации трахеи;

- при повторном изучении гистологических препаратов установлена давность нарушения целостности стенки трахеи и пищевода около 2–3 недель.

Хотелось бы предостеречь экспертов первичного звена от некорректного использования термина «ятрогения», поскольку это относится к компетенции комиссионной судебно-медицинской экспертизы. Более того, это определение однозначно выводит исследование на «врачебное дело», что в ряде случаев влияет на статистические показатели, так называемых, но не существующих «врачебных дел». Об этом также предупреждает и Сергеев Ю. Д., Ерофеев С. В. (2003), го-

вора о широком использовании терминов «ятрогения» и «вред здоровью».

В анализе представленных наблюдений важно понимать, что в ряде случаев имеются осложнения травмы и раневого процесса в целом, которые укладываются в картину травматической болезни, то есть системных изменений в организме, существующих самостоятельно, независимых от характера и локализации травмы, и эти изменения вторичны по отношению к травме, но непременно с нею связанные. Установление прямой причинно-следственной связи при длинных патогенетических цепях сложно, но возможно.

В связи с изложенным, нельзя не согласиться с А.В. Ковалевым с соавторами (2013), что без знаний основ логики и патогенеза заболевания (травмы) структурирование выводов на практике переходит в сферу произвольных трактовок и форм. На наш взгляд, возникновение ряда «врачебных дел» связано с нарушением законов логики в связи с неправильными выводами, исходящими из неправильных умозаключений, что может привести к необоснованному привлечению медицинских работников к уголовной ответственности.

### **Использованная литература**

1. Баринев Е. Х., Балашова И. Л., Косухина О. И., Сухарева М. А., Ромадановский П. О. Проблемы судебно-медицинских экспертиз, проводимых в рамках гражданского процесса. Тр.7 съезда суд. медиков, Т-1. М., 2013. С. 63-66.
2. Дерябин И. И., Насонкин О. С. Травматическая болезнь. М., 1987, 288 с.
3. Есипова И. К., Алексеевский Ю. Г. Характер воспаления в зависимости от структурно-функциональных особенностей органов и тканей (легкие, воспаление). М., 1995. С. 468-479.
4. Ковалев А. В., Шмаров Л. А., Теньков А. А. Проблемы структурирования выводов судебно-медицинского эксперта. Тр.7 съезда суд. мед. Т-2. Москва, 2013. С. 202-203.
5. Лавренюк Г. П., Быховская О. А. Судебно-медицинские подходы к оценке неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи. М., Тр.7 съезда суд.мед., Т-2. Москва, 2013. С. 211-213.
6. Сергеев Ю. Д., Ерофеев С. В. Актуальность и оптимальная методика изучения проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи//Сборник научных трудов «Актуальные проблемы судебной медицины», М, 2003. – С. 321-323.

7. Солохин А. А., Свешников В. А., Дедюева Е. Ю., Сахно А. В. Причинно-следственные связи в судебно-медицинской экспертизе и их логический анализ. М., ЦОЛИУВ, 1986.

8. Тикк А. А. Пневмония при ЧМТ. Нейротравматология. Под ред. А. Н. Коновалова. Ростов-Дон, Феникс, 1999. С. 198-199.

9. Торгушина Н. С., Эделев Н. С. Посттравматические пневмонии – модифицирующие факторы и скорость развития. Научные проблемы судебной медицины. 2007.

10. Травматология. Национальное руководство. Гл.16. Черепно-мозговая травма. М., ГЭОТАР-Медиа. С.786-793.

11. Хохлов В. В., Андрейкин А. Б. Особенности судебно-медицинской экспертизы по «врачебным делам». Тр.7 съезда суд. медиков. Т-2. Москва, 2013. С. 214-215.

12. Федченко Т. М., Гагаров Н. Н., Дмитриева О. А. Причины экспертных ошибок при производстве судебно-медицинских экспертиз.//Изб. Вопр. суд. медицины. Хабаровск, 2000.

13. Шмуруп Р. И. О логике врачебного мышления, построении диагноза и ошибках диагностики.//Врач 1993; (11). С. 41-45.

И. А. Обухов, А. И. Субботин

## **ОШИБКИ В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПРЕДПЛЕЧЬЯ И КИСТИ**

*кафедра травматологии и ортопедии, ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург*

**Актуальность.** Переломы костей дистального отдела предплечья и кисти составляют 29–34 % всех переломов у взрослых. Количество ошибок и связанных с ними осложнений колеблется от 35 до 75 % [1,2]. Неудовлетворительные результаты оперативного лечения наблюдаются в 15,1–61,2 % случаев [2].

**Целью** работы явилась оценка частоты и структуры ошибок в оперативном лечении больных с переломами дистального отдела предплечья и кисти на этапах оказания медицинской помощи, предоставляющей специализированному.