

## **Консультация специалиста по судебно-медицинской экспертизе**

Семячков Анатолий Кириллович, окончивший в 1971 году медицинский институт (диплом о высшем медицинском образовании У № 744419) и работающий с 1972 года врачом судебно-медицинским экспертом (действующий сертификат № 1163242193887)<sup>1</sup>, сформулировал пояснения, изложенные в настоящей консультации.

Статьи ГПК РФ о специалисте в гражданском судопроизводстве (171, 188 и др.) мне известны.

Специалист

А.К. Семячков

**Из обращения** Л\_\_\_\_\_ и его представителя Волк А.Я. к специалисту по судебно-медицинской экспертизе известно следующее:

«16.07.2020 в 10:02 на Ванкорском месторождении при проведении погрузочно-разгрузочных работ слесарь-ремонтник Л\_\_\_\_\_ 10.09.1968 г.р. получил переломы обеих костей правой голени. Ему оказана медицинская помощь и ампутирована правая голень на уровне верхней и средней трети с формированием послеоперационной культи.

Мы полагаем, что причиной ампутации является неправильное оказание медицинской помощи.

Сторона истца может привлекать специалиста (ч. 4 ст. 188 ГПК РФ).

Просим Вас, исходя из профессиональных знаний (ч. 3 ст. 188 ГПК РФ), дать консультацию в письменной форме о нарушениях медицинской помощи, явившихся причиной ампутации правой голени.

Прилагаем фотокопии медицинских документов Л\_\_\_\_\_».

### **Пояснения специалиста**

#### **1. Оказание медицинской помощи (в хронологической последовательности)**

**16.07.2020**

1.1 В 10:02 Л\_\_\_\_\_ получил перелом обеих костей правой голени и рану 4 см на наружной поверхности правой голени в нижней трети (в области латеральной лодыжки). Сразу же после травмирования на бедро наложен кровоостанавливающий жгут из подсобного материала.

1.2 В 10:40 пострадавший доставлен в медицинский пункт на ВЖК-850 (ООО «СибМедЦентр»), где снят жгут, рана затампонирована

---

<sup>1</sup> Для подтверждения квалификации по специальности «судебно-медицинская экспертиза» достаточно предъявить диплом о высшем медицинском образовании и сертификат специалиста по специальности «судебно-медицинская экспертиза» (Обзор законодательства и судебной практики Верховного Суда РФ за IV квартал 2008 года, ответ на вопрос № 17).

гемостатической губкой и на неё наложена давящая повязка, конечность фиксирована иммобилизационной пневматической шиной.

1.3 В 11:30 Л\_\_\_\_\_ (далее – пациент) отправлен в сопровождении фельдшера санитарной машиной здравпункта на вертодром, далее на вертолёте транспортирован в гидропорт «Валек» в Норильске (14:30-16:51), далее транспортировка на санитарной машине КГБУЗ «Норильская станция скорой медицинской помощи» в больницу (17:07-17:48).

1.4 В 17:40 пациент поступил в КГБУЗ «**Норильская межрайонная больница № 1**».

1.4.1 В 17:41 первичный осмотр врачом травматологом... Локальный статус... Рентгенография... *неразборчиво*

1.4.2 В 20:15-22:00 выполнена операция (оператор Т\_\_\_\_\_), в ходе которой произведен металлический остеосинтез обеих костей правой голени:

- Выполнен продольный разрез на передней поверхности на границе средней трети правой голени. Голень отёчна. Мышцы отёчны, местами разорваны. Из межберцового пространства активное кровотечение в виде поступления алой крови. Обнаружена разорванная ветвь артериолы. Лигирована. Выделено место перелома. Носит многооскольчатый характер. К дистальному и проксимальному отломку фиксирована отмоделированная мостовидная пластина на 10 отверстий. Фиксирована 6 винтами. Синтез стабилен. Многочисленные центральные отломки бережно фиксированы с надкостницей и крепящимися к ним мышечными ножками на своё место. Ось кости восстановлена. Гемостаз швы.

- В нижней трети правой голени в проекции малоберцовой кости округлая рана 2,5х1,5 см, дном раны является малоберцовая кость. Из раны эвакуированы сгустки крови в объёме до 30 мл. Рана обильно промыта раствором бетадина.

- Выполнен продольный разрез в проекции латеральной лодыжки малоберцовой кости правой голени, выделено место перелома, носит многооскольчатый характер, отломки бережно репонированы, уложены мостовидная пластина на 9 отверстий, фиксирована 5 винтами. Ось восстановлена.

- Наложена высокая глубокая гипсовая повязка до средней трети бедра<sup>2</sup>. Ренгенконтроль.

---

<sup>2</sup> Со слов пациента, это был лонгет, открытый спереди.

**17.07.2020**

1.4.3 В 9:00 оператор Т\_\_\_\_\_: правая стопа холодная, бледная, чувствительность отсутствует. Срочно УЗИ артерий.

1.4.4 Цветное дуплексное сканирование артерий нижних конечностей (время не указано): в нижней трети задней большеберцовой артерии и передней большеберцовой артерии правой голени кровотоков не зарегистрирован (обструкция). В верхней трети – изменённый магистральный кровоток. В нижней трети тibiальных (берцовых) артерий кровотоков не зарегистрирован.

1.4.5 В 12:00 ангиохирург: часть стопы, свободная от гипса, холодная, мраморного цвета. Активные движения в пальцах и чувствительность в стопе отсутствуют. При оперативном вмешательстве (со слов оперировавшего хирурга) у больного отмечен дефект тканей и сосудов в средней трети голени... По УЗИ окклюзия тibiальных (берцовых) артерий в средней и нижней трети голени. Учитывая механизм травмы (дефект тканей и сосудов на протяжении) реконструкция артерий невозможна. К лечению: гепарин, никотиновая кислота, реополиглюкин.

**18.07.2020**

1.4.6 В 14-45 лечащий травматолог: асептическая повязка пропитана кровью. Пальцы правой стопы холодные, неподвижные, чувствительности нет.

1.4.7 В 14:00 правая нижняя конечность бледная в нижней трети холодная мягкие ткани напряжены, отделяемое геморрагическое.

**20.07.2020**

1.4.8 Оператор Т\_\_\_\_ (время не указано): сохраняется выраженный отёк голени, стопы. Появились движения в пальцах стопы. Конечность в средней и нижней трети бледно-розовая, стопа чуть темнее. Швы напряжены, отделяемое геморрагическое.

1.4.9 В 17:37-19:51 транспортирован на санитарной машине из КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 1» в а/п Алыкель. В 20:15 в сопровождении фельдшера Красноярской санавиации транспортирован на самолёте в аэропорт г. Красноярск.

21.07.2020

1.5 Из аэропорта г. Красноярск на санитарной машине Красноярской санавиации в сопровождении того же фельдшера пациент доставлен в 00:30 в КГБУЗ «Красноярская клиническая больница».

1.5.1 В 1:32 осмотрен травматологом:

- Значительный отёк в верхней и средней трети правой голени. Кожа от средней трети голени до пальцев стопы синюшного цвета, холодная на ощупь. В нижней трети голени отёк, пульсация в области голеностопного сустава и на тыле стопы не определяется. Движения пальцами качательные. Стопа и пальцы холодные. Чувствительности в нижней трети голени и на стопе нет.

- По передней поверхности в проекции большеберцовой кости рана до 20 см, с умеренным геморрагическим отделяемым.

- По передней поверхности в проекции малоберцовой кости в нижней трети рана до 10 см, скудное геморрагическое отделяемое.

1.5.2 В 15:28-17:40 выполнена ангиография<sup>3</sup> и рентгеноэндоваскулярная дилатация артерий<sup>4</sup> правой голени (20 снимков):

- Выявлена окклюзия (закрытие просвета) артерий голени на уровне верхней и средней трети голени. Кровоток по артериям стопы отсутствует.

- Рентгеноэндоваскулярная дилатация передней большеберцовой артерии, тыльной артерии стопы баллонным катетером Coyote 3x80 мм. Выполнена реканализация (восстановлен просвет) передней большеберцовой артерии. На контрольной ангиограмме отмечаются множественные тромбозы в просвете артерии. Кровоток по артерии стопы сохранён. Подошвенная артерия стопы заполняется из тыльной артерии стопы.

- Попытка реканализации (восстановления проходимости артерий) задней большеберцовой артерии и малоберцовой артерии – безуспешна, вероятнее всего, артерии были перевязаны во время операции. Интродьюсер<sup>5</sup> удалён.

---

<sup>3</sup> Ангиография – в данном случае в правую бедренную артерию введёно контрастное вещество, что позволило рентгенографически установить состояние просвета (проходимость) артерий голени.

<sup>4</sup> Рентгеноэндоваскулярная дилатация (РЭД) – в данном случае восстановление просвета артерии с помощью баллона, который находится на конце тонкого катетера, введённого через бедренную артерию. «Раздуваясь», баллон устраняет сужение. На протяжении всей процедуры за продвижением баллона, который виден на экране рентгеновского аппарата, ведётся наблюдение.

<sup>5</sup> Интродьюсер – это пластиковая трубка для создания чрескожного временного бедренного "чистого" доступа в сосудистую систему, например, баллонного катетера.

**22.07.2020**

1.5.3 Сделана перевязка (время не указано). Динамика отрицательная. Интенсивность цианотичного оттенка кожных покровов стопы, нижней трети голени увеличилась. Определяются множественные фликтены стопы, нижней трети голени. Объём движений в голеностопном суставе, пальцах стопы качательного характера, минимальный. Отмечается нарушение чувствительности дистальных отделов голени.

1.5.4 В 13-52 консилиум. Попытка реканализации (восстановления проходимости артерий) задней большеберцовой артерии и малоберцовой артерии – безуспешна, вероятнее всего, артерии были перевязаны во время операции (в условиях Норильской РБ).

1.5.5 В 15:00-16:40 ампутирована правая голень в пределах жизнеспособных тканей, оставлена культя в виде верхней трети голени.

**28.07.2020**

1.5.6 Некрэктомия (удаление нежизнеспособных тканей). Швы сняты, края раны разведены, излилось до 20 мл серозно-гнойного отделяемого (бак. посев), при ревизии мышцы серого цвета, ослизнены, сухожилия разволокнены, ослизнены. Внутренние швы удалены, по межфасциальным пространствам гнойные затёки до 5 см глубиной (бак. посев). При ревизии опиленная большеберцовая кость визуализируются инфицированные грануляции в костно-мозговом канале (бак. посев). Кость светло-жёлтого цвета, кровоточит, ложкой Фолькмана костно-мозговой канал обработан, соскоб направлен на патогистологическое исследование. Выполнена некрэктомия мягких тканей до визуально жизнеспособных.

**04.08.2020**

1.5.7 Некрэктомия (удаление нежизнеспособных тканей). При ревизии мягких тканей имеются участки инфицированных грануляций, параоссальные краевые некрозы мышц, разволокнённых сухожилий, ослизнения. При ревизии опиленная большеберцовая кость визуализируются инфицированные грануляции в костно-мозговом канале (бак. посев).

Кость заострена, белого цвета, не кровоточит, ложкой Фолькмана костно-мозговой канал обработан. Осцилляторной пилой выполнена резекция кости до визуально здоровой (1 см). Выполнена некрэктомия мягких тканей до визуально жизнеспособных.

**11.08.2020**

1.5.8 Вторичная хирургическая обработка культи, наложение вторичных швов. При ревизии послеоперационная рана культи левой голени, мышцы покрыты сочными чистыми грануляциями, опил большеберцовой кости бледно-жёлтого цвета, кровоточит. Наложены внутренние швы, провизорные швы на кожу лавсан 5, кость закрыта полностью. Сохраняется дефект кожных покровов 9 на 5 см. Наложена атравматическая сетчатая повязка ломатюль.

**27.08.2020**

1.5.9 Санация гранулирующей послеоперационной раны культи водным раствором хлоргексидина. Провизорные швы удалены, релиз краёв раны<sup>6</sup>. Наложены вторичные швы через все слои нить лавсан.

**28.08.2020**

1.5.10 Выписан для амбулаторного лечения в поликлинике по месту жительства.

## **2. Медицинская помощь оказана с нарушениями, приведшими к обескровливанию (ишемии) правой голени с последующим некрозом (омертвлением) её мягких тканей**

2.1 16.07.2020 на операции по поводу перелома обеих костей правой голени и раны (размер 4 см) на наружной поверхности правой голени в нижней трети (в области латеральной лодыжки), выполненной в КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 1», хирургом были перевязаны две артерии (всего их три), обеспечивающие кровоснабжение правой голени:

задняя большеберцовая артерия,  
передняя большеберцовая артерия.

См. пояснения специалиста 1.4.4, 1.5.2 и 1.5.4.

2.2 В протоколе операции указано, что «Из межберцового пространства активное кровотечение в виде поступления алой крови. Обнаружена разорванная ветвь артериолы. Лигирована<sup>7</sup>». См. пояснение специалиста 1.4.2.

Это не соответствует действительности по следующим основаниям.

2.2.1 Артериола или её ветвь является начальным звеном микроциркуляторного русла, непосредственно предшествует по току крови

<sup>6</sup> Релиз краёв раны – сближение краёв раны.

<sup>7</sup> Лигирование – перевязка (наложение лигатуры).

капиллярам, диаметр её составляет 15-100 микрон. Артериола настолько мала, что невозможно увидеть её, в том числе разрыв и кровотечение, и перевязать.

2.2.2 В протоколе операции сообщается о перевязке артериолы. В действительности было перевязано две магистральных артерии, обеспечивающих кровоснабжение голени (всего их три). См. пояснение специалиста 2.1.

2.2.3 Ни одну из перевязанных артерий (задняя и передняя большеберцовые артерии) спутать с артериолой невозможно.

2.3 Перевязка привела к прекращению кровоснабжения по указанным артериям, обескровливанию (ишемизации) голени с последующим некрозом (омертвлением) её тканей. См. пояснения специалиста 1.4.3-1.4.8 и 1.5.1-1.5.3.

2.4 На операции, со слов оперировавшего хирурга, «отмечен дефект тканей и сосудов в средней трети голени». См. пояснение специалиста 1.4.5 (запись ангиохирурга).

Возможно, что это соответствует действительности. Но важно, когда возник дефект тканей и сосудов, в момент травмы или на операции.

2.4.1 Если бы дефект ткани и кровотечение возникли в момент травмы, то в первом же анализе крови, выполненном до операции, были бы признаки малокровия (анемии) (см. Приложение 1 к Консультации специалиста) и мышцы голени на операции были тотально пропитаны кровью. См. пояснение специалиста 1.4.2.

2.4.2 Следовательно, дефект ткани и кровотечение возникли на операции. То, что кровопотеря на операции 16.07.202 была значительной, указывает снижение показателей красной крови (эритроциты, гемоглобин, гематокрит) после операции в 2 раза. См. Приложение 1 к Консультации специалиста.

2.4.3 Внутриоперационная кровопотеря усугубила обескровливание (ишемию) мягких тканей правой голени с последующим некрозом (омертвлением) её тканей.

2.4.4 Кровопотеря в КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 1» не восполнена.

2.4.5 Операционная кровопотеря оценена в протоколе операции как 30 мл (явно занижена), в Листе течения анестезии – указана неразборчиво.

2.4.6 Непонятна и тактика врачей, которые пассивно наблюдали за ухудшением состояния мягких тканей правой голени и ничего не предпринимали.

### **3. Необходимость в ампутации правой голени**

Через 6 дней после перевязки на операции передней и задней большеберцовых артерий в КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 1», состояние тканей правой голени ухудшилось настолько, что возникла необходимость в её ампутации.

22.07.2020 в КГБУЗ «Красноярская клиническая больница» правая голень была ампутирована в пределах жизнеспособных тканей, оставлена культя на уровне верхней трети голени. См. пояснения специалиста 1.4.4 и 1.5.5.

Дальнейшее промедление с ампутацией угрожало ещё большими и опасными для жизни осложнениями.

**Приложение:** Показатели крови в КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 1» за 16-20 июля 2020 года

04.12.2020 -11.06.2021

Специалист по судебно-медицинской экспертизе

А.К. Семячков

*с. 8 90 44 913-000*