

Министерство здравоохранения РФ

Департамент здравоохранения

казенное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры

«Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Отдел особо сложных экспертиз

Код учреждения по ОКПО 39363026

Медицинская документация

Форма № 188/у

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г № 1030

адрес: 628012, г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина 40 Блок «Д», тел. 8(3467) 32-90-36 oose-bsme@mail.ru

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

(экспертиза по материалам дела)

№77

«10» января 2014 г. 09 часов 22 минуты – «06» марта 2014 г. 14 часов 18 минут, на основании постановления заместителя руководителя Урайского межрайонного следственного отдела следственного управления Следственного комитета РФ по ХМАО-Югре Толмачева С.М. о назначении комиссионной судебно-медицинской экспертизы от «11» декабря 2013 г.,

(наименование постановления, определения)

в помещении Отдела сложных экспертиз казенного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», экспертная комиссия, в составе:

Сергей Викторович Чирков, образование высшее медицинское, главный врач КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», судебно-медицинская экспертиза, высшая квалификационная категория, стаж 17 лет; председатель комиссии;

*фамилия, имя, отчество занимаемая должность, специальность, стаж, категория ученая степень и звание*

Юлия Владимировна Мешкова, образование высшее медицинское, врач судебно-медицинский эксперт отдела особо сложных экспертиз КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», судебно-медицинская экспертиза, вторая квалификационная категория, стаж 6 лет; эксперт-организатор.

*фамилия, имя, отчество, занимаемая должность, специальность, стаж категория, ученая степень и звание*

Владимир Петрович Ионин, образование высшее медицинское, заведующий кафедрой общей хирургии Ханты-Мансийской государственной медицинской академии, хирургия, высшая квалификационная категория, доктор медицинских наук, профессор, стаж 33 года;

*фамилия, имя, отчество, занимаемая должность, специальность, стаж категория, ученая степень и звание*

произвела комиссионную судебно-медицинскую экспертизу по материалам проверки КРСОП № 213-13 по факту причинения тяжких телесных повреждений, повлекших смерть Трефилова С.Л., медицинским документам

*наименование дела*

Лицо, в отношении которого проводится экспертиза: **Трефилов Сергей Леонидович,** 17.02.1980 г.р.

Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 57 УПК РФ, разъяснены; об ответственности за отказ или неисполнение от дачи заключения или за дачу заведомо ложного заключения по ст. ст. 307 УК РФ предупрежден.

Эксперты

С.В. Чирков



Ю.В. Мешкова

В.П. Ионин

Оформление экспертизы: лаборант Вакорина О.А.

### ВОПРОСЫ, подлежащие разрешению:

1. Какова причина смерти Трефилова С.Л.?
2. Имеются ли на теле Трефилова С.Л. телесные повреждения?
3. Если да, то какова степень их тяжести, локализация, механизм образования?
4. Давность возникновения телесных повреждений?
5. Мог ли Трефилов С.Л. сам причинить себе данные телесные повреждения?
6. Каково было взаимное расположение потерпевшего и нападавшего в момент нанесения телесных повреждений?
7. Имеются ли морфологические изменения внутренних органов, указывающих на наличие у Трефилова С.Л. заболевания, если да, то какие заболевания и могли ли они быть причиной смерти?
8. Соответствует ли федеральным и региональным стандартам тактика оказания медицинской помощи врачами Трефилову С.Л., указанная в представленных на исследование медицинских документах?
9. Правильно ли был поставлен диагноз Трефилову С.Л. с учетом имевшихся у него признаков заболевания?
10. Соответствует ли назначенное лечение поставленному диагнозу?
11. Имеются ли согласно представленных на исследование медицинских документов какие-либо нарушения в действиях врачей, если да, то какие именно, не являются ли данные нарушения причиной смерти Трефилова С.Л.?

### ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА

Постановление о назначении комиссионной судебно-медицинской экспертизы: «...УСТАНОВИЛ: 02.12.2013 в Урайский МСО поступил материал проверки по факту причинения тяжких телесных повреждений, повлекших смерть Трефилова С.Л. Из объяснения Трефиловой следует, что 19.10.13 примерно в 20 часов она находилась у себя дома п. Куминский ул. Космонавтов 13-1 вместе с мужем Трефиловым С.Л., употребляли спиртное. В ходе распития спиртного Трефилов С.Л. стал наносить ей удары по лицу. Чтобы остановить Трефилова С.Л. и прекратить его действия, она взяла с кухонного стола нож и нанесла ножом один удар в область живота Трефилову С.Л. В тот же день Трефилов С.Л. был доставлен в ФАП п. Куминский с диагнозом: «проникающее ранение брюшной полости, резаная рана левого предплечья, алкогольное опьянение». 20.10.13 Трефилов С.Л. был доставлен в МУЗ ЦРБ Кондинского района с диагнозом: «колото-резаная рана левой половины живота, проникающее ранение брюшной полости, резаная рана нижней трети левого предплечья, перитонит». 05.11.13 Трефилов С.Л. госпитализирован в ОКБ г. Ханты-Мансийска с диагнозом: «ножевое ранение брюшной полости». 17.11.13 Трефилов С.Л. находясь в ОКБ г. Ханты-Мансийска, скончался. Согласно медицинского свидетельства о смерти № 296 от 18.11.13г, причиной смерти Трефилова С.Л. явились: острый перитонит, травма тонкого кишечника, контакт с острым предметом с неопределенными намерениями... На основании изложенного и руководствуясь ст. 195, 196, 199 УПК РФ, Постановил Назначить комиссионную судебно-медицинскую экспертизу ...».

### ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ

Примененные методики: визуальный, сравнительно-аналитический.

На экспертизу представлены:

- Постановление заместителя руководителя Урайского МСО Толмачева С.М. о назначении комиссионной судебно-медицинской экспертизы от 11.12.13— поступило 10.01.2014г (вх. № 03);

- Материал проверки № 213-13 по факту причинения смерти Трефилову С.Л. от 02.12.13г.;

Медицинские документы на имя Трефилова Сергея Леонидовича 1980 г.р.:

- Медицинская карта амбулаторного больного № 1862;

13.01.2014 (исх № 11) заявлено ходатайство на предоставление медицински

документов: Медицинской карты стационарного больного из МУЗ ЦРБ Кондинского района от 20.10.13г; Медицинской карты стационарного больного из ОКБ г. Ханты-Мансийска от 05.11.13г.

05.02.2014 (вх. № 38) дополнительно представлены: Медицинская карта № 10943 стационарного больного ОКБ г. Ханты-Мансийска (*заверенная копия*); Медицинская карта стационарного больного № 4000 МБУЗ ЦРБ Кондинского района на имя Трефилова Сергея Леонидовича 1980 г.р.

1. Урайский межрайонный следственный отдел следственного управления Следственного комитета РФ по ХМАО-Югре, **Материал проверки № 213-13** по факту причинения смерти Трефилова С.Л. от 02.12.2013г:

Л.д. 17-22. **Протокол осмотра** места происшествия, п. Куминский 20 октября 2013 10:00-11:15 ... кв.1 д. 19 (*так указано*) ул. Космонавтов ... В кухне ... Трефилова Л.С. ... выдала футболку, в которой находился Трефилов С.Л. в момент нанесения ему ножевого ранения. Данная футболка в районе груди имеет пятна бурого цвета, в нижней части имеется разрез ровной формы максимальным размером 1 см. ... выдала нож, которым с ее слов она нанесла ножевое ранение ... Трефилову С.Л. Данный нож имеет деревянную ручку размерами 105 мм, клинок размером 7,5 см ... (*подписи*)».

Л.д. 23-25. **Объяснение**, п. Куминский 20 октября 2013 12:25 ... Трефилова Людмила Сергеевна 1977 г.р. ... 19.10.2013 ... находилась в состоянии алкогольного опьянения ... распивали совместно с Трефиловым С.Л. ... примерно в 19 часов 45 минут ... в кухню зашел Трефилов С.Л. ... начал наносить мне удары по лицу кулаками, около 3 ударов ... я упала на пол в кухне и поднимаясь ... я взяла нож, ... и в тот момент, когда Трефилов С. пошел в мою сторону, ... я нанесла ... один удар ножом в область живота, ... Сергей упал на пол ... я позвонила в скорую ... (*подписи*)».

Л.д. 28-29. Куминское отделение СМП, **Карта вызова скорой медицинской помощи № 1524** от 19.10.13 20:15-20:50 ... Трефилов Сергей Леонидович 1980 г.р. ... вызвала жена, сообщив, что подрезала мужа. На момент осмотра мужчина в состоянии алкогольного опьянения. Жалоб не предъявляет, заторможен, на вопросы отвечает правильно, с запозданием. В течении 2х дней принимал спиртные напитки. Состояние средней степени тяжести. Сознание заторможенное ... Дыхание везикулярное ... АД 120/80-90/60. Пульс 78. ЧД 28. Т 36,1С. На брюшной стенке слева колото-резаная рана длиной 2 см, умеренно кровоточит, болезненность при пальпации. На нижней трети ладонной поверхности левого предплечья резаная рана длиной 4 см, поперечная, умеренно кровоточит. Диагноз: Колото-резаная рана левой половины живота, проникающее ножевое ранение брюшной полости. Резаная рана ладонной поверхности н/3 левого предплечья. Алкогольное опьянение. Травматический шок 1 ст. ... Помощь: тугая ас повязка на левое предплечье. Катетеризация л/вены; трамадол 50 мг, преднизалон 60 мг в/в, дицинон 4,0, ас. повязка на рану брюшной стенки; кислород; полиглюкин 200 мл в/в, холод на живот; транспортировка на носилках. ...».

2. Куминская участковая больница, **Медицинская карта амбулаторного больного № 1862**, ведущаяся с 6.09.04 по 20.10.13г: «Трефилов Сергей Леонидович 27.02.1980 г.р. ... Лист уточненных диагнозов: 24.01.05 ОРЗ; 17.05.05 Остеохондроз позвоночника, п/отдела, люмбагия, выраженный болевой с-м; 15.10.07 Стрептодермия левой голени; 18.06.08 О. катаральный отит; 29.07.13 Лакунарная ангина. ... 19.10.13 20:30 хирург. Жалобы на боли в животе, рвоту. Анамнез: 19.10.13 в 20:15 будучи в состоянии алкогольного опьянения получил ножевое ранение в область живота, левого предплечья. Об-но: Состояние относительно удовлетворительное. Изо рта резкий запах алкоголя. Кожные покровы чистые, бледноватой окраски. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 в мин. АД 90/60. Дыхание над легкими везикулярное, хрипов не слышно. Живот правильной формы, в акте дыхания участие принимает. Брюшная стенка мягкая, болезненная в верхней половине живота. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Печень по краю реберной дуги, желчный пузырь не определяется. Симптом поколачивания (-) с обеих сторон. Стул, мочеиспускание не нарушены. Локально: На брюшной стенке слева имеется колото-резаная рана длиной 2,0

см с умеренным кровотечением из раны. При ревизии раны зондом определяется – проникновение зонда в брюшную полость до 10 см. На ладонной поверхности н/3 левого предплечья имеется резаная рана длиной 4 см с кровотечением. Диагноз: Колото-резаная рана левой половины живота. Проникающее ножевое ранение брюшной полости. Резаная рана ладонной поверхности н/3 левого предплечья. Алкогольное опьянение средней степени тяжести. Под м/а выполнена операция – ПХО ран брюшной стенки и левого предплечья с наложением швов, ас повязки. Заявка на сан задание в г. Х-Мансийск, вылет не выполнен из-за погоды. 20.10.13 7 час. Хирург (повторный осмотр). Жалобы на боли в животе, тошноту. Об-но: Состояние средней тяжести. В контакт вступает. Язык сухой. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Пульс 112, АД 115/60. Дыхание везикулярное. Живот умеренно вздут, в акте дыхания участия не принимает. Брюшная стенка напряжена, болезненна. Симптом раздражения брюшины (+). Стула не было. Газы не отходят. Мочеиспускание не нарушено. Диагноз: Колото-резаная рана левой половины живота. Проникающее ножевое ранение брюшной полости. Резаная рана ладонной поверхности н/3 левого предплечья. Перитонит. Транспортирован пассажирским поездом в х/о Междуреченской ЦРБ. ...». Дальнейшие записи отсутствуют.

3. КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Ханты-Мансийское межрайонное отделение, **Акт судебно-медицинского исследования трупа № 296**: «18.11.13 13:00 – 11.12.2013 15:30 ... врач судебно-медицинский эксперт отделения Савостеев А.А., стаж 3 года ... произвел судебно-медицинское исследование трупа Трефилова Сергея Леонидовича 1980 г.р. ... Исследовательская часть ... Наружное исследование: ... Труп доставлен без одежды. В 13 часов 00 минут ... трупное окоченение умеренно выражено во всех исследуемых группах мышц (жевательных мышцах, мышцах шеи, верхних и нижних конечностей), не измененные участки кожных покровов вне трупных пятен бледно-серого цвета, холодные на ощупь. ... Труп мужского пола, правильного телосложения, удовлетворительного питания, возрастом около 30-35 лет, длиной 175 см. ... Трупные явления на 13 часов 10 минут. Трупные пятна расположены на заднебоковых поверхностях шеи, туловища, бедер, насыщенные, сливные, красно-фиолетовые, при надавливании в поясничной области динамометром СМЭД-2 в трех рядом расположенных участках с силой 2кг/см бледнеют и восстанавливают интенсивность первоначальной окраски через 15 минут. Трупные пятна при изменении положения трупа не перемещаются. При ударе ребром металлической линейки в область двуглавой мышцы плеча образовалась малозаметная вмятина, в месте удара. ... Участков сдавления кожи не обнаружено. Кожа кончиков пальцев кистей и стоп несколько подсыхая, слегка сморщена. Ногтевые пластины на пальцах рук и ног целы. В подмышечных впадинах и крупных складках кожи опрелостей не обнаружено. Зрачки при надавливании на глазное яблоко форму не меняют (признак Белоглазова отрицательный). ... Волосы на голове темно русые, длиной до 5 см. Кожные покровы волосистой части головы не повреждены. Кости свода черепа на ощупь целые. Наружные слуховые проходы свободные, выделений из них нет. Кожные покровы лица, верхних и нижних конечностей отечные, несколько одутловатые. Ушные раковины обычной формы. Глаза закрыты. Конъюнктивы век бледно-розовые, влажные, блестящие, без кровоизлияний. Роговые оболочки глаз прозрачные. Зрачки равномерные, округлой формы, диаметром по 0,5 см. Радужки серого цвета. Левый носовой ход свободен. Из правого носового хода на 30 см выстоит прозрачная пластиковая трубка ... неравномерно заполнена жидкостью красноватого цвета. Переходная кайма губ бледно-синюшного цвета, подсыхая. Рот закрыт. Видимые слизистые губ и щек розовато-синюшного цвета, без кровоизлияний. Зубы частично отсутствуют давно, лунки их сглажены зарощены. Язык за линией зубов, ротовая полость свободна, слизистая ее чистая, без кровоизлияний. ... Шея пропорционально туловищу. В нижней трети шеи по передней поверхности в 2-х см вниз от перстневидного хряща и в области яремной вырезки - рана неправильной овальной формы, размерами 2x2,5 см, ориентирована вертикально, края раны не ровные, отечные, белесовато серого цвета, с наложением вязкой слизи белесовато серого цвета со зловонным запахом, из раны на 3 см выстоит прозрачная пластиковая трубка ... (трахеостомическая трубка), ... в просвете трубки

следы вязкой белесовато-серой жидкости, от вышеописанной трубки отходит пластиковая трубка длиной 20 см, ... (трубка для раздутия манжеты). В правой подключичной области рана округлой формы диаметром 0,2 см, из раны на 5 см выстоит прозрачная пластиковая трубка ... (центральный венозный катетер). Грудная клетка симметричная, упругая при сдавливании, ребра на ощупь целы. На животе по срединной линии рана веретенообразной формы, размерами 32x13 см, ориентирована вертикально; края раны относительно ровные, воспалены (гиперемированы), местами некротизированы (представленные прижизненно омертвевшей тканью черного цвета); концы заострены; стенки раны – передняя брюшная стенка с наложением вязкой непрозрачной жидкости белесовато-желтого цвета, из раны выстоят плотно спаянные между собой петли тонкого и толстого кишечника, желудок и печень, покрытые вязкой непрозрачной жидкостью белесовато-желтого цвета. В правом подреберье по среднеключичной линии рана округлой формы из раны на 20 см выстоит непрозрачная резиновая трубка .... На 2 см ниже вышеописанной раны, рана неправильной округлой формы диаметром 4 см, с неровными некротизированными краями, из нижнего края раны выстоит пластиковая трубка ... В правой подвздошной области раны (2) округлой формы, диаметрами по 1 см, с воспаленными краями, из ран на 25 см выстоят силиконовые трубки .... На левой боковой поверхности живота раны (2) округлой формы, диаметрами по 1 см, с воспаленными, местами некротизированными краями, из ран на 25 см выстоят силиконовые трубки .... Наружные половые органы сформированы правильно. Язв и рубцов на их кожных покровах нет. Выделений из наружного отверстия мочеиспускательного канала нет. ... Мошонка отечная. Яички в мошонке, на ощупь эластичны, без образований. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожные покровы в его окружности чистые, без повреждений. Кости таза, позвоночника, верхних и нижних конечностей на ощупь целые. Спина без деформаций, без повреждений. Скелетные мышцы плотно-эластичные на ощупь, рельеф их выражен умеренно. Конечности без деформаций. ... Других телесных повреждений и особенностей не обнаружено. Внутреннее исследование: Мягкие ткани головы отсепарованы кпереди до уровня надбровных дуг, кзади на 2 см ниже наружного затылочного бугра. Мягкие ткани волосистой части головы и лобной области розоватые, влажные, эластичные, полнокровные, блестящие, без кровоизлияний. Височные мышцы с поверхности и на разрезах красно-коричневого цвета, без кровоизлияний. Отсепарованы височные мышцы. Произведен угловой циркулярный распил крыши черепа. Крыша черепа осмотрена, с внутренней поверхности имеет умеренно выраженные сосудистые борозды, пахионовы ямки. Кости свода отделены круговым распилом. Твердая мозговая оболочка перламутрового вида, повреждена при распиле, в ее синусах небольшое количество темно-красной крови, с внутренней поверхности беловато-голубоватого цвета, гладкая и блестящая, сращена с мягкой мозговой оболочкой вдоль продольного синуса (пахионовы грануляции). Под и над твердой мозговой оболочкой постороннего содержимого нет. Толщина костей черепа на уровне распила: лобной – 0,6 см, теменных – 0,7 см, височных – 0,4 см, затылочной – 0,8 см. Головной мозг массой 1460 граммов, дряблый, отечный, извилины сглажены. После удаления твердой мозговой оболочки кости свода и основания черепа целые. Мягкая мозговая оболочка прозрачная, тусклая, полнокровная, под оболочкой умеренное количество прозрачной жидкости, кровоизлияний нет. Артерии основания головного мозга утолщены, полупрозрачные, после перерезки спадаются не полностью. Внутренняя их оболочка серого цвета без атеросклеротических бляшек. Рельеф извилин на выпуклых поверхностях головного мозга сглажен. В боковых желудочках мозга несколько капель полупрозрачно-желтоватой жидкости. Боковые стенки желудочков влажные и тусклые, без кровоизлияний. Сосудистые сплетения багрово-синюшные и несколько отечные. В полости 3-4 желудочков - следы прозрачно-желтоватой жидкости. Стенки желудочков гладкие, блестящие, с сетью расширенных кровеносных сосудов, без кровоизлияний. Полости желудочков не расширены, щелевидной формы. Ткань мозга на разрезах влажная и тусклая. На поверхностях разрезов появляется умеренное количество красных точек и полосок, легко стираемых спинкой ножа - кровь из перерезанных сосудов. Границы серого и белого вещества мозга и подкорковых ядер несколько сглажены.

Мозжечок на разрезах древовидного строения. Патологических изменений кровоизлияний, кист, очагов размягчений в ткани полушарий, в подкорковых ядрах, продолговатом мозге и мозжечке не обнаружено. Гипофиз овальной формы, дряблый, размером 12x9x7 мм, при извлечении расползается под лезвием ножа, желтовато-белесый, без кровоизлияний. В мягких тканях по передней и боковым поверхностям шеи, груди и живота кровоизлияний нет. Мышцы переднебоковых поверхностей шеи, груди и живота темно-коричневого цвета, подкожная клетчатка светло-желтого цвета, без кровоизлияний. Расположение внутренних органов правильное. В плевральных полостях постороннего содержимого нет. В брюшной полости вязкая непрозрачная жидкость желтовато-белесоватого цвета, обволакивающая все органы брюшной полости. Плевра и брюшина тусклые, серо-голубого цвета. Легкие занимают 4/5 объема плевральных полостей. Свободно лежат в плевральных полостях. Передний край печени ниже уровня реберных дуг на 6 см, закруглен. Большой сальник удален. Серозные покровы кишечника серого цвета, неоднородные, без кровоизлияний, с наложением вязкой белесовато-желтой жидкости. Толщина подкожно-жировой клетчатки на уровне середины грудины 1,5 см, на уровне пупка 3,5 см. ... Органы выделены единым комплексом. Язык с поверхности с белесоватым налетом, сосочки выражены у корня. Мышца на разрезах серовато-красного цвета, без кровоизлияний и рубцов. Миндалины эластичные, незначительно увеличены в объеме, их ткань на разрезах синюшная, выделений из лакун при надавливании нет. Вход в гортань и пищевод свободен от инородных тел, гортань отечна. Голосовая щель разомкнута, несколько сужена за счет отека. Тело и рожки подъязычной кости и щитовидного хряща целые, без кровоизлияний в окружающие ткани. ... В аорте следы темной жидкой крови, внутренняя оболочка её желтоватая, без атеросклеротических бляшек. ... Полукольца трахеи на ощупь целы, за исключением дефекта передней стенки трахеи в 8 см вверх от бифуркации, неправильной округлой формы, диаметром 2,2 см, края дефекта неровные, отежные, закруглены, белесовато-серого цвета. ... Слизистая трахеи и крупных бронхов влажная, сероватого цвета, с наложением вязкой белесовато-серой жидкости, без кровоизлияний. Легочная плевра тонкая, прозрачная, влажная, тусклая. Ребра целы. Легкие не однородной консистенции, отежные, с поверхности серовато-коричневые, под плеврой большое количество черных точек и полосок (антракоз). Правое легкое массой 970 граммов, левое легкое массой 890 граммов. Ткань легких на разрезах коричневая, не однородная, с поверхности разрезов стекает незначительное количество темной крови, пенистой красноватой жидкости и вязкой жидкости белесовато-серого цвета. Стенки перерезанных бронхов утолщены, над поверхностями разрезов не выстоят, в просвете их следы вязкой жидкости белесовато-серого цвета. Кусочки из всех долей легкого при погружении в воду тонут. ... Надпочечники листовидные, размерами 4x3x0,3 см, тонкослоистые со светло-желтым корковым и коричневым мозговым слоями. Жировая капсула почек толщиной до 3,5 см, без кровоизлияний. Почки эластичные, сросшиеся, представлены одной подковообразной почкой с двумя мочеточниками, размерами 29x6x3,5, массой 527 грамм. Капсула снимается легко, обнажая ровную, гладкую, светло-коричневую поверхность почек. На разрезах корковое вещество светло-коричневого цвета, пирамиды красно-коричневого цвета, с хорошо различимым анатомическим рисунком. Слизистые лоханок и чашечек белёсые, слабоскладчатые, без кровоизлияний. Мочеточники проходимы. ... Селезенка дряблая, размерами 12x10x2,5 см, массой 230 грамм. Капсула тонкая, морщинистая, ткань на разрезах темно-вишневая, зернистая, со значительным тканевым соскобом. ... Сердце с поверхности умеренно покрыто жировой тканью, дряблое, размером 13x13x4,4 см, массой 495 грамм, левый желудочек не контурируется. Кровоизлияний под эпикард нет. В желудочках сердца небольшое количество жидкой крови темно-красного цвета. ... Эпикард гладкий, влажный, блестящий. Сердечная мышца на разрезах светло-коричневая, неравномерного кровенаполнения с единичными белесыми прожилками. Свежих очагов некроза в миокарде не выявлено. Толщина стенки левого желудочка 1,7 см, межжелудочковой перегородки 1,5 см, правого желудочка 0,6 см. Поджелудочная железа в виде плотного тяжа, массой 90 грамм, дольчатая, на разрезах белесовато-желтая, структура сохранена, с множественными мелкоточечными

кровоизлияниями темно-красного цвета и белесоватыми включениями. Желудок, петли тонкого и толстого кишечника плотно спаяны между собой, обложены вязкой белесовато-желтой жидкостью, все швы, наложенные на кишечник состоятельны, несостоятельности швов и анастомозов не обнаружено. Желудок относительно крючковидной формы, наложен гастроэнтероанастомоз (конец в бок). ... Слизистая оболочка кишечника серовато-синюшного цвета с умеренной складчатостью, и множественными мелкоточечными кровоизлияниями темно-красного цвета. Эрозивных, язвенных и опухолевидных образований не установлено. Желчный пузырь удален, наложена холецистостома. Печень клиновидной формы, дряблая, с закругленным концом, мелкобугристая, размерами 27x22x18x7 см, массой 2668 грамм. Капсула печени гладкая и тусклая. Ткань на разрезах светло-коричневого цвета с единичными желтоватыми участками и сглаженным рисунком строения. ... Все органы и ткани неравномерного кровенаполнения. Кровь в трупе темно-красная, жидкая. От полостей и органов трупа посторонних запахов не ощущалось. ... Других особенностей и повреждений при внутреннем исследовании не обнаружено. ... Медицинское свидетельство о смерти серия 71100 № 064940 окончательный. I а) Острый перитонит. б) Травма тонкого кишечника (S 36.4). в) - г) Контакт с острым предметом с неопределенными намерениями (У 28.9). II -- 09.12.2013 г. судебно-гистологического отделения получен акт судебно-гистологического исследования № 3750-20-13 от 21.11-09.12.2013 г. Судебно-гистологическое заключение: В головном мозге умеренный отек, дистрофические изменения вещества. В сердце белковая, очаговая мелкокапельная жировая дистрофия миокарда, неравномерное кровенаполнение сосудов, лейкостазы в сосудах микроциркуляции. В желудке полнокровие, мелкоочаговые кровоизлияния в слизистой, в серозной оболочке склероз, серозно-фибринозное воспаление, наложение на поверхности гнойно-фибринозных масс. Выраженная белковая дистрофия печени вплоть до некроза групп клеток. В серозной оболочке печени очаговое гнойно-фибринозное воспаление, разрастание молодой соединительной ткани, наложение на поверхности ее гнойно-фибринозных масс. В жировой клетчатке разрастание молодой соединительной ткани, очаговое гнойно-фибринозное воспаление, наложение гнойно-фибринозных масс на поверхности. Белковая дистрофия почек. Умеренный сетчатый фиброз поджелудочной железы. Реактивные изменения селезенки. Легкие - серозно-фибринозная пневмония, очаговая гнойно-фибринозная пневмония, фибринозный плеврит. В стенке тонкого кишечника отек, полнокровие, в серозной оболочке выраженный склероз с диффузным серозно-гнойным воспалением, с наложением на поверхности гнойно-некротических масс. В стенке толстого кишечника отек, полнокровие, в серозной оболочке склероз, очаговое серозно-фибринозное воспаление. Судебно-медицинский диагноз: Основной: Колото-резаное ранение брюшной стенки, проникающее в брюшную полость с повреждением тонкого кишечника. Осложнение: Сепсис, септикопиемия по морфологическим данным: двухсторонняя гнойно-фибринозная пневмония; в сердце лейкостазы в сосудах микроциркуляции; острый гнойный перитонит: в жировой клетчатке из области операционной раны разрастание молодой соединительной ткани гнойно-фибринозное воспаление, наложение гнойно-фибринозных масс на поверхности; в желудке серозно-фибринозное воспаление, наложение на поверхности гнойно-фибринозных масс; в серозной оболочке печени гнойно-фибринозное воспаление, разрастание молодой соединительной ткани, наложение на поверхности ее гнойно-фибринозных масс; реактивные изменения селезенки; в стенке тонкого и толстого кишечника диффузное серозно-гнойное воспаление, с наложением на поверхности гнойно-некротических масс (акт судебно-гистологического исследования № 3750-20-13 от 21.11-09.12.2013 г.). Полиорганная недостаточность: белковая и жировая дистрофия миокарда; белковая дистрофия печени вплоть до некроза групп клеток; белковая дистрофия почек; сетчатый фиброз поджелудочной железы. Операции: 1) 20.10.13 Протокол операции № не указан. Лапаротомия, ушивание ран кишечника, дренирование брюшной полости. 2) 24.10.13 Протокол операции № не указан. Релапаротомия. Выключение ДПК, гастроэнтеростомия. Холецистостомия. 3) 28.10.13 Протокол операции № не указан. Релапаротомия, Лапаростомия. 4) 29.10.13 Протокол операции № не указан. Релапаротомия. Ушивание раны

ДПК. Разобщение межкишечного анастомоза. Дренирование приводящей петли тонкой кишки. 5) 31.10.13 Протокол операции № не указан. Релaparотомия. Санация брюшной полости; 6) 06.11.2013 Протокол операции № 731. Ревизия брюшной полости (лапаростома). Остановка аррозивного кровотечения из гепато-дуоденальной связки. Рехолецистостомия. Резекция большого сальника. Наружное дренирование выключенной культы ДПК. Санация, дренирование брюшной полости. Лапаростомия. 7) 07.11.2013 Протокол операции № не указан. Программная санация и ревизия органов брюшной полости. Ушивание несостоятельной культы желудка. Обтурация несостоятельной дистальной культы ДПК. Плоскостное редренирование брюшной полости. 8) 08.11.2013 Протокол операции № не указан. Ревизия органов брюшной полости. Гемостаз (остановка внутрибрюшного кровотечения). Санация и редренирование брюшной полости. 9) 08.11.2013 Протокол операции № не указан. Остановка кровотечения из артерии мезоколон. 10) 10.11.2013 Протокол операции № не указан. Ревизия органов брюшной полости. Гемостаз (остановка внутрибрюшного кровотечения). Санация и редренирование брюшной полости. 11) 11.11.2013 Протокол операции № не указан. Ревизия органов брюшной полости. Гемостаз (остановка внутрибрюшного кровотечения). Санация и редренирование брюшной полости.

**Заключение:** На основании судебно-медицинского исследования трупа Трефилова Сергея Леонидовича, 1980 г.р., с учетом данных медицинских документов, дополнительных методов исследования и обстоятельств дела и поставленных вопросов на разрешение эксперта, прихожу к следующему заключению: 1. Смерть Трефилов С.Л., наступила от ранения брюшной стенки, проникающего в брюшную полость с повреждением тонкого кишечника, осложнившегося развитием сепсиса (заражение крови) по морфологическим данным: двухсторонняя гнойно-фибринозная пневмония; в сердце лейкостазы в сосудах микроциркуляции; острый гнойный перитонит: в жировой клетчатке из области операционной раны разрастание молодой соединительной ткани гнойно-фибринозное воспаление, наложение гнойно-фибринозных масс на поверхности; в желудке серозно-фибринозное воспаление, наложение на поверхности гнойно-фибринозных масс; в серозной оболочке печени гнойно-фибринозное воспаление, разрастание молодой соединительной ткани, наложение на поверхности ее гнойно-фибринозных масс; реактивные изменения селезенки; в стенке тонкого и толстого кишечника диффузное серозно-гнойное воспаление, с наложением на поверхности гнойно-некротических масс (акт судебно-гистологического исследования № 3750-20-13 от 21.11-09.12.2013 г.); полиорганная недостаточность: белковая и жировая дистрофия миокарда; белковая дистрофия печени вплоть до некроза групп клеток; белковая дистрофия почек; сетчатый фиброз поджелудочной железы. 2. Ранение брюшной полости, указанное в п.1, причинило тяжкий вред здоровью (по признаку опасности для жизни), возможно, образовалось около 1-х суток до госпитализации в Междуреченскую районную больницу Кондинского района (20.10.2013г.), от воздействия колюще-режущего орудия (предмета) и находится в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти. Мотивированно высказаться о предмете, причинившем вышеописанное повреждение по имеющимся данным, не представляется возможным. 3. По данным истории болезни, смерть Трефилов С.Л., наступила 17.11.2013 года в 02 часа 00 минут, что противоречит полученным при исследовании трупа данным (кожные покровы холодные на ощупь во всех областях, трупные пятна при надавливании в поясничной области динамометром СМЭД-2 в трех рядом расположенных участках с силой 2кг/см, бледнеют, восстанавливают интенсивность окраски через 15 минут, трупное окоченение хорошо выражено во всех обычно исследуемых группах мышц, отсутствие гнилостных изменений). 4. Каких-либо объективных данных, свидетельствующих о наличии или отсутствии алкогольного опьянения у Трефилова С.Л., на момент поступления его в стационар, представленных медицинских документах не обнаружено. В виду длительного пребывания Трефилова С.Л., в стационаре ОКБ г. Ханты-Мансийска (13 койко-дней), забор крови для определения концентрации этилового спирта не проводился. ... Судебно-медицинский эксперт Савостеев А.А. (подпись, печать)».



4. БУ ХМАО-Югры «Окружная клиническая больница» г. Ханты-Мансийск, хирургическое отделение, **Медицинская карта № 10943 стационарного больного**: «Дата и время поступления 05.11.2013 16:40. Дата и время смерти 17.11.2013 02:00. Проведено койко-дней 13. ... Трефилов Сергей Леонидович 1980 г.р. ... Диагноз при поступлении: Основной: Колото-резаное ранение брюшной стенки, проникающее в брюшную полость. Ранение тонкой кишки, ДПК. Ранение поджелудочной железы? Забрюшинная флегмона. Перитонит. Лапаростомия. Операции 20.10.13 лапаротомия, ушивание ран кишечника, дренирование брюшной полости. 24.10.13 операция релапаротомия. Выключение ДПК, гастроэнтеростомия. Холецистостомия. 28.10.13 операция релапаротомия, лапаростомия. 29.10.13 релапаротомия. Ушивание раны ДПК. Разобщение межкишечного анастомоза. Дренирование приводящей петли тонкой кишки. 31.10. релапаротомия. Санация брюшной полости. Диагноз клинический: Основной: Колото-резаное ранение брюшной стенки, проникающее в брюшную полость. Ранение тонкой кишки, ДПК. Распространенный гнойно-фибринозный перитонит. Несформированный наружный полный дуоденальный свищ. Несостоятельность культи желудка от 07.11.13. Холецистостома. Лапаростома. Абдоминальный сепсис, тяжелое течение. Операции 20.10.13 лапаротомия, ушивание ран кишечника, дренирование брюшной полости. 24.10.13 операция релапаротомия. Выключение ДПК, гастроэнтеростомия. Холецистостомия. 28.10.13 операция релапаротомия, лапаростомия. 29.10.13 релапаротомия. Ушивание раны ДПК. Разобщение межкишечного анастомоза. Дренирование приводящей петли тонкой кишки. 31.10.13 релапаротомия. Санация брюшной полости; 06.11.2013 Ревизия брюшной полости (лапаростома). Остановка аррозивного кровотечения из гепато-дуоденальной связки. Рехолецистостомия. Резекция большого сальника. Наружное дренирование выключенной культи ДПК. Санация, дренирование брюшной полости. Лапаростомия). Посмертный диагноз: Основной: Колото-резаное ранение брюшной стенки, проникающее в брюшную полость. Ранение тонкой кишки, забрюшинное ранение нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки. Осложнение основного: Операции: 20.10.13 Лапаротомия, ушивание ран кишечника, дренирование брюшной полости. 24.10.13 Релапаротомия. Выключение ДПК, гастроэнтеростомия. Холецистостомия. 28.10.13 Релапаротомия, Лапаростомия. 29.10.13 Релапаротомия. Ушивание раны ДПК. Разобщение межкишечного анастомоза. Дренирование приводящей петли тонкой кишки. 31.10.13 Релапаротомия. Санация брюшной полости; 06.11.2013 Ревизия брюшной полости (лапаростома). Остановка аррозивного кровотечения из гепато-дуоденальной связки. Рехолецистостомия. Резекция большого сальника. Наружное дренирование выключенной культи ДПК. Санация, дренирование брюшной полости. Лапаростомия. 07.11.2013 Программная санация и ревизия органов брюшной полости. Ушивание несостоятельной культи желудка. Обтурация несостоятельной дистальной культи ДПК. Плоскостное редренирование брюшной полости. 08.11.2013 Ревизия органов брюшной полости. Гемостаз (остановка внутрибрюшного кровотечения). Санация и редренирование брюшной полости. 08.11.2013 Остановка кровотечения из артерии мезоколон. 10.11.2013 Ревизия органов брюшной полости. Гемостаз (остановка внутрибрюшного кровотечения). Санация и редренирование брюшной полости. 11.11.2013 Ревизия органов брюшной полости. Гемостаз (остановка внутрибрюшного кровотечения). Санация и редренирование брюшной полости. Осложнение основного: Распространенный третичный перитонит (каловый, гнойно-фибринозный). Несформированный наружный полный дуоденальный свищ. Забрюшинная флегмона. Гнойный оментит. Абдоминальный терминальный сепсис. Лапаростома. Холецистостома. Двухсторонний гидроторакс. Синдром полиорганной недостаточности: сердечно-сосудистой, энтеральной, почечной, печеночной, дыхательной. Анемия (токсическая, постгеморрагическая) тяжелой степени. Несостоятельность культи желудка от 07.11.13. Кровотечение из слизистой дистальной культи ДПК, аррозивное кровотечение из брыжейки тонкой кишки от 08.11.2013. Кровотечение из артерии мезоколон от 08.11.2013. Венозное кровотечение из мезоколон от 10.11.2013. Аррозивное кровотечение из культи ДПК от 11.11.2013. Перфорации тонкой и толстой кишки (несформированные тонко и толстокишечные свищи) от 11.11.2013. ... Из сопроводительного листа Центра медицины

катастроф № 599 от 05.11.13 16:40: АД 100/60 мм рт. ст. ЧД 21 в минуту. Диагноз: Ножевое ранение брюшной полости послеоперационный перитонит. ... 05.11.2013 18:08 Первичный осмотр. Анамнез заболевания: ... Травма 20.10.13. Госпитализирован через 16 ч с момента травмы. Оперативное лечение 20.10.13. Лапаротомия, ревизия, ушивание ран кишки, дренирование брюшной полости. 24.10.13 парез, усиление болевого синдрома. Релапаротомия. Выявлено забрюшинное ранение ДПК. Выключена ДПК. 28.10.13 динамика отрицательная, клиника перитонита. Релапаротомия. Анастомозы состоятельны, серозно-гнойный выпот. Санация брюшной полости, лапаростомия. С 29.10.13 обильное поступление желчи, кишечное отделяемое по дренажам. Релапаротомия. Выявлена несостоятельность энтероанастомоза, швов ДПК. Повторно ушита ДПК, разобщен межкишечный анастомоз, ушиты раны тонкой кишки, заглушена приводящая петля тонкой кишки с выведением дренажа на переднюю брюшную стенку. 31.10.13 выделение желчи по правой дренажной трубке. Релапаротомия. Прорезывание швов ДПК в месте перевязки ниже привратника. Сформированы культы ДПК и желудка. В 02:30 01.11.13 кровотечение по дренажу справа, прошит сосуд брыжейки и тонкой кишки. ... Объективный статус: Состояние крайне тяжелое. ИВЛ. Кожа землистого цвета. Дыхание проводится по всем полям, ослаблено в нижних отделах. ЧСС 120. Тоны сердца глухие, ритмичные. АД 100/60. Живот вздут, повязки обильно промокают сукровично-гнойным отделяемым. По зонду застойное отделяемое. По дренажам желчное отделяемое с примесью панкреатического сока. Мочи 400 мл. Показана КТ, после чего релапаротомия. ... Выписка из истории болезни № 4000 Междуреченской районной больницы Кондинского района: Трефилов Сергей Леонидович 33г. находился в х/о с 20.10.13г. по 4.11.13г. с диагнозом: Колото-резаное ранение передней брюшной стенки проникающее в брюшную полость. Ранение тонкого кишечника, забрюшинное ранение нижней горизонтальной ветви ДПК. Забрюшинная флегмона. Перитонит. Лапаростома. Поступил в х/о 20.10.13г. с диагнозом: Колото-резаное ранение передней брюшной стенки, проникающее в брюшную полость. На момент поступления ранение 16 часов назад. Доставлен в сопровождении фельдшера на поезде. 20.10.13г. ... выполнено оперативное лечение - лапаротомия, ревизия брюшной полости, ревизия раневого канала в области корня брыжейки тонкого кишечника, ушивание раны тонкого кишечника, дренирование брюшной полости. Кишечного содержимого, желчи в брюшной полости не было. В послеоперационном периоде состояние продолжало оставаться тяжелым за счет изменения в ОАК, нарастал уровень лейкоцитоза крови, сдвиг формулы, нарастание явления пареза кишечника. Жалоб на боли в животе не было. 24.10.13г. в связи с ухудшением состояния выразившимся в нарастании болевого синдрома и пареза кишечника, выполнена релапаротомия. В брюшной полости некротические ткани в области корня брыжейки, налеты фибрина в области раневого канала на корне брыжейки, ткани окрашены желчью, петли кишечника умеренно раздуты. При ревизии выявлено забрюшинное ранение ДПК, нижней горизонтальной части. Рана до 7-8 мм. В ходе операции проведена консультация по телефону с зав. х/о ОКБ ... Рекомендовано выключение ДПК из пассажа пищи, гастроэнтероанастомоз, холецистостомия. Рекомендации выполнены. Так же проведена смена антибактериальной терапии в послеоперационном периоде. 28.10.13г. в связи с ухудшением состояния в виде нарастания пареза кишечника и подозрении на наличие перитонита в брюшной полости выполнена релапаротомия. Анастомозы состоятельны, в брюшной полости серозно-гнойный выпот, фибрин на петлях кишечника. Брюшная полость санирована, в тонкий кишечник заведен зонд. Операция закончена лапаростомией. 29.10.13г. - обильное отделяемое желчи, кишечное отделяемое по дренажам, значительное ухудшение в ОАК, л-38, п 20. Релапаротомия. В брюшной полости желчь, кишечное содержимое. При ревизии выявлена несостоятельность энтероанастомоза, несостоятельность швов на ДПК. Повторно швы на ДПК. Межкишечный анастомоз разобщен, ушивание раны на тонком кишечнике. Приводящая петля тощей кишки заглушена, дренирована трубкой от капельницы, дренаж выведен на переднюю брюшную стенку. 31.10.13г. на перевязке - обильное отделяемое желчи справа по дренажной трубке. ... релапаротомия, санация брюшной полости. В брюшной полости справа, в подреберье желчь, около 500мл. Выявлено прорезывание швов на ДПК.

месте перевязки ниже привратника. В месте перевязывания ДПК пересечено. Двухрядными швами сформированы культи желудка и ДПК. При ушивании кровотечения не было. В 2ч30мин, в ночь на 1.11.13г. - кровотечение по трубке справа, в операционную, прошит сосуд брыжейки тонкого кишечника. Во время всего периода нахождения в РАО получает лечение: ... Состояние больного оставалось тяжелым. В ОАК сохранялся высокий уровень лейкоцитоза до 40, сдвиг формулы - 36 палочек, миелоциты, токсическая зернистость. Тяжесть состояния обусловлена сохраняющимися явлениями забрюшинной флегмоны, наличием в брюшной полости перитонита, причина которого несостоятельность швов ДПК, межкишечного анастомоза, прорезыванием швов на луковице ДПК. АД поддерживалось введением высоких цифр дофамина. Анализ крови на посев от 23.10.13г. и 31.10.13г. отрицательные. 1.11.13г. коррекция лечения - назначено переливание крови (Нв 66-72 г/л), плазмы, альбумина. В послеоперационном периоде с 1.11.13г. до настоящего момента нормализовалась гемодинамика, АД 100-110/60-70 без дофамина, пульс - 90-100. Сознание - медикаментозно загружен, контактен, на вопросы отвечает киванием головы. По дренажам справа и слева, в верхнем углу лапаростомы желчное отделяемое с панкреатическим соком. Больной по телефону консультирован с нач. медом по хирургии ОКБ ... Получена рекомендация о переводе на дальнейшее лечение в ОКБ. Больной транспортирован в ОКБ сан. авиацией, в тяжелом состоянии в сопровождении реаниматолога ОКБ. Обследование: ОАК от 4.11.13 Эр-1.9, Нв-55, Л-14.1, п38. Биохимия крови от 4.11.13 - АСТ-75 АЛТ-70 амилаза-49 белок-56 мочевины-11.5 креатинин-108 азот-3.3. Кровь на УРС от 23.10.13г. - отр. ... 05.11.2013 21:24 Протокол исследования № 14/3816-13 - Компьютерная томография органов брюшной полости ... Печень обычно расположена, не увеличена, нормальной плотности. В левой доле печени (3 сегмент или под ним?) определяется дополнительное образование неоднородной структуры, без четких контуров, примерным размером 6 см 4 см 2.5 см, передней поверхностью прилежит к брюшной стенке, плотностью от 35 до 50 НУ, неравномерно накапливающее контраст от 48 до 100 НУ (инфильтрат?) ближе к передней брюшной стенке скопление пузырьков газа. В окологепаточном пространстве жидкость с толщиной полоски до 1 см. Внутри - и внепеченочные протоки не расширены. Желчный пузырь обычной формы и величины, в просвете зонд, в околопузырном пространстве жидкость. По большой кривизне желудка, в большом сальнике? не исключается наличие осумкованной жидкости. Селезенка не увеличена, структура гомогенная, обычной плотности. Поджелудочная железа не увеличена, контуры тела и хвоста четкие, структура однородная. Отмечаются инфильтративные изменения в области головки. Панкреатический проток не расширен. АРМВС - подковообразная почка, контуры ровные и четкие, структура однородная. Кортико-медуллярная дифференциация сохранена. Чашечно-лоханочная система обеих почек не деформирована, не расширена. Паранефральная клетчатка без особенностей. Выделительная функция почек сохранена, своевременная. Дополнительные сосуды почки. Определяется инфильтрация сальника и брыжейки, скопление жидкости в межпечельном пространстве. На видимых участках легких определяется скопление жидкости в плевральной полости с толщиной полоски слева 3 см, справа 3 см, гипостатические изменения легких. Заключение: КТ-картина перитонита, постоперационных изменений в брюшной полости. АРМВС - подковообразная почка, двусторонний гидроторакс. ... 06.11.2013 (10:40-11:39) Протокол операции № 731 - Ревизия брюшной полости (лапаростома). Остановка аррозивного кровотечения из гепатодуоденальной связки. Рехолецистостомия. Резекция большого сальника. Наружное дренирование выключенной культи ДПК. Санация, дренирование брюшной полости. Лапаростомия. ... Послеоперационный диагноз: Колото-резаное ранение брюшной стенки, проникающее в брюшную полость. Ранение тонкой кишки, ДПК. Распространенный гнойно-фибринозный перитонит. Не сформированный наружный полный дуоденальный свищ. Холецистостома. Лапаростома. Абдоминальный сепсис, тяжелое течение. ... Под ЭТН ... сняты швы-держалки с лапаростомы. Удалены две лапаротомных салфетки, пропитанные бриллиантовым зеленым, гнойно-геморрагическим экссудатом (посев). При ревизии петли тонкого кишечника на кишечном зонде в виде единого конгломерата с налетами фибрина,

утолщены, инфильтрированы, сверху - старые лизированные сгустки крови в малом тазу, подпеченочном пространстве - до 100 мл. Сращения тупым путем разведены. Межпетельно - скопления гнойного экссудата в незначительном количестве, в большей степени в зоне корня мезоколон, в области связки Трейца, где определяется просвет ДПК. При ревизии подпеченочного пространства, удаления сгустков крови обнаружен источник кровотечения - артериальный сосуд в зоне инфильтрированной гепато-дуоденальной связки - прошит дважды викрил 3-0. Контроль гемостаза. При гидропробе - холецистостома несостоятельна в области фиксации дна ж.п. к брюшине. Трубка 5 мм из просвета ж.п. удалена. Установлен катетер Фолея, раздут баллон, фиксация кисетным швом викрил 3-0. При дальнейшей ревизии определяется просвет ДПК на дне раны диаметр свища до 2,5 см, длина выключенного сегмента до 7-8 см - сообщается с выходом из ДПК связки Трейца. Санация брюшной полости ... Резекция некротизированной пряди сальника 3x5 см. Дренажи в отлогие места через ранее выполненные контрапертуры № 4, дренаж и многоканальный дренаж в просвет культы ДПК - выведены в правом подреберье. Дренажи Микулича № 3 в подпеченочное пространство справа и к связке Трейца - через контрапертуру слева. На петли кишечника уложена перфорированная пленка Реперен. Сформирована лапаростома на швах амортизаторах. Ас. повязка. Описание препарата: некротизированная прядь сальника 3,0x5,0 см. ... Запланирована программированная санация брюшной полости на 07.11.2013. постоянная аспирация дренажа из культы ДПК. ... 07.11.2013 06:40 Дежурный реаниматолог. Состояние: тяжелое, соответствует основному заболеванию и объему, срокам и тяжести перенесенных оперативных вмешательств. Сознание - оглушение, на обращенную речь открывает глаза, кивает головой. Кожа и видимые слизистые: умеренно бледные, сероватые. Т тела 37,7°C. ИВЛ. Аускультативно жесткое дыхание, проводится по всем легочным полям. Хрипы сухие SpO2 100 %. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД 127/75 mmHg. ЧСС 112 в минуту. ЦВД 7,5 см. Живот вздут, под повязками промокают отделяемым из брюшной полости. Перистальтика не выслушивается. ... 07.11.2013 (18:35-19:25) Операция - Программная санация и ревизия органов брюшной полости. Ушивание несостоятельной культы желудка. Обтурация несостоятельной дистальной культы ДПК. Плоскостное редренирование брюшной полости. ... Послеоперационный диагноз: Колото-резаное ранение брюшной стенки, проникающее в брюшную полость. Ранение тонкой кишки, ДПК. Распространенный гнойно-фибринозный перитонит. Несформированный наружный полный дуоденальный свищ. Несостоятельность культы желудка от 07.11.13. Холецистостома. Лапаростома. Абдоминальный сепсис, тяжелое течение. ... повязка на ране пропитаны гнойным отделяемым, удалены, ас. обработка передней брюшной стенки, сняты швы держалки, в брюшной полости по флангам и межпетельно до 500 мл гноя, петли кишечника дилатированы утолщены, с фибрином и бляшками стеатонекроза. Из дистальной культы ДПК активное поступление кишечного содержимого, в области культы желудка некроз с перфорационным отверстием 1 см - желудочное содержимое, некроз иссечён, перфорация ушита швами. В дистальную культю ДПК установлен с целью абтравации катетер Фолея - эффект от установки удовлетворительный - поступления из культы отделяемого прекращено. Брюшная полость промыта. Осушена. На петли кишечника уложена перфорированная пленка Реперен. В каналы уложены марлевые салфетки. Сформирована лапаростома. ... 08.11.2013 (17:50-18:10) Протокол операции № 738 - Остановка кровотечения из артерии мезоколон. ... Под ЭТН удалены салфетки и перфорированная пленка из раны. Правый боковой канал заполнен сгустками алой крови. Сгустки удалены. При ревизии источник кровотечения артерия мезоколон правее от средней толстокишечной артерии. Кровотечение остановлено ... Дополнительно область мезоколон сверху тампонируется средней салфеткой. На кишечник уложена перфорированная пленка. Салфетки ... Ас. повязка. Кровопотеря с момента рецидива кровотечения около 500 мл. ... 10.11.2013 (17:50-18:40) Операция Ревизия органов брюшной полости. Гемостаз (остановка внутрибрюшного кровотечения). Санация и редренирование брюшной полости. ... Под ЭТН удалены салфетки и перфорированная пленка из раны. Правый боковой канал заполнен сгустками темной венозной крови. Сгустки удалены. При ревизии источник кровотечения - мелкие

вены брыжейки толстой кишки правее от средней толстокишечной артерии. Кровотечение остановлено. Дополнительно область мезоколон сверху тампонирана средней салфеткой. Все дренажи лаважированы, произведена смена сигарообразных тампонов. На кишечник уложена перфорированная пленка. Салфетки. Ас. повязка. Кровопотеря с момента рецидива кровотечения около 350 мл. ... 11.11.2013 (15:06-16:00) Операция Ревизия органов брюшной полости. Гемостаз (остановка внутрибрюшного кровотечения). Санация и редренирование брюшной полости. ... после ас. обработки лапаростомы и дренажей, удалены салфетки из брюшной полости, в правом подреберье до 50 мл сгустков - удалены, выявлено подтекание крови из слизистой ДПК, в проекции активного дренажа выявлена точечная перфорация толстой кишки с каловым отделяемым, зона перфорации обработана, ушита, отмечается подтекание крови из окна в брыжейке над ДПК выявлено кровоточащая зона без выраженного сосуда, гемостаз электрокоагуляцией и прошиванием - стабилен, при дальнейшей ревизии в дистальном отделе окна над ДПК арозивное кровотечение из артерии и вены брыжейки толстой кишки, гемостаз электрокоагуляцией и прошиванием - гемостаз - стабильный, на 70 см от илеоцекального угла выявлен десирозированный участок тонкой кишки в зоне ранее наложенных швов (перфорация? десироз?) перитонизация узловыми швами. Гемостаза - сухо. Динамика по перитониту - слабо положительная, отмечена тенденция к ограничению дуоденальных свищей особенно слева, лаваж остаточной брюшной полости, санация с антисептиками и мазью. На кишечник уложена перфорированная пленка. Салфетки. Ас. повязка. Кровопотеря с момента рецидива кровотечения около 150 мл. ... 13.11.2013 11:22 Протокол исследования № 6/4053-13 Рентгенография грудной клетки - Легкие расправлены. Определяется снижение пневматизации средних и нижних отделов обеих легких за счет жидкости. Корни прикрыты тенью средостения. Купола диафрагмы и синусы четко не просматриваются. Катетер в проекции ВПВ. Интубационная трубка на уровне Th4. Заключение: R-картина двустороннего гидроторакса. ... 14.11.2013 05:57. Состояние: тяжелое. Сознание мед. седация. Кожа и видимые слизистые: умеренно бледные. Т тела 38,0°C. Дыхание ИВЛ. Аускультативно жесткое дыхание, проводится по всем легочным полям. Хрипы сухие. SpO2 100 %. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД 112/67. ЧСС 125. ЦВД 6 см. Живот вздут, под повязками. Диурез сохранен 1850 мл. Повязки обильно пропитаны серозно-гнойным отделяемым. ... 15.11.2013 19:00 Дежурный реаниматолог. Состояние: тяжелое. Сознание кома. Кожа и видимые слизистые: умеренно, бледные. Т тела 38,5 С. Дыхание ИВЛ. Аускультативно жесткое дыхание, проводится по всем легочным полям, ослаблено в нижних отделах. Хрипы сухие. SpO2 97 %. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД 133/66 mmHg. ЧСС 118. ЦВД 14,5 см. Живот вздут, под повязками. Диурез сохранен со стимуляцией. Повязки обильно промокают серозно-гнойным отделяемым. ... 15.11.2013 20:10. Состояние крайне тяжелое, нестабильное. Сознание - кома. Кожа и видимые слизистые бледные. Т тела 38°C. ИВЛ. Аускультативно жесткое дыхание, проводится по всем легочным полям, ослаблено в нижних отделах. Хрипы сухие. АД 120/75 mmHg. ЧСС 100 в минуту. ЦВД 14,5 см. Живот умеренно вздут. Перистальтика кишечника не выслушивается. Диурез сохранен, со стимуляцией. Повязки пропитаны серозно-гнойным отделяемым. Учитывая нестабильное состояние пациента, принято решение о выполнении санации брюшной полости 16.11.2013. Продолжено интенсивное лечение. ... 17.11.2013 02:03 в 01:30 на фоне нарастающей СПОН, наступила клиническая смерть: по кардиомонитору асистолия; АД, SpO2, пульс не определяются. Тоны сердца, пульс на центральных артериях не определяются. Начаты реанимационные мероприятия: непрямой массаж сердца, ИВЛ с FiO2 100% в/в струйно: атропин 2 мг, адреналин 1-3-5 мг каждые 3-5 мин. Реанимационные мероприятия в течении 30 минут без эффекта, в 02:00 констатирована биологическая смерть. ...».

5. МБУЗ ЦРБ Кондинского района, **Медицинская карта № 4000 стационарного больного**: «Дата и время поступления 20.10.2013 12:10-13:00. Дата и время выписки 05.11.2013. Проведено койко-дней 16. Отделение РАО ... Трефилов Сергей Леонидович 1980 г.р. ... Направлен Куминское отделение МБУЗ по экстренным показаниям через 17 часов. ... Диагноз заключительный Основной: Колото-резаное ранение передней брюшной стенки.

Ранение тонкого кишечника, забрюшинное ранение нижней горизонтальной ветви ДПК. Осложнение: Забрюшинная флегмона. Перитонит. Лапаростома. ... УЗИ ОБП от 2.10.13

Заключение: Признаки хр. холецистита. Подковообразная почка? МСКТ ОБП от 22.10.13

Заключение: Асцит 2 ст. Н/долевая плевропневмония. Подковообразная почка. ... 19.10.13 в 20:15 ... получил ножевое ранение в область живота. Ч/з 10 мин доставлен в п/отделение. При поступлении находится в состоянии АО ср. тяжести. ЧСС 70, АД 90/60. Живот мягкий, болезненный в верхней половине живота. Симптомы раздражения брюшины +. Локально: на брюшной стенке слева в проекции мезогастрия имеется колото-резаная рана длиной 2 см, умеренно кровоточит. При ревизии раны с помощью зонда определяется проникновение в брюшную полость. На ладонной поверхности н/3 левого предплечья имеется поперечная резаная рана с кровотечением длиной 4 см. Выполнено наложение швов на раны брюшной стенки и н/3 левого предплечья. Ас. повязки. ... 20.10.13 14:45. Протокол операции № 202 экстренно – Лапаротомия, ушивание раны кишечника, ревизия брюшной полости, дренирование брюшной полости. Диагноз: Проникающее колото-резаное ранение передней брюшной стенки проникающее в брюшную полость. Ранение корня брыжейки. Ранение тонкого кишечника. Забрюшинная гематома. Гемоперитонеум. ... В бр полости около 200-300 мл крови со сгустками. Петли тонкого кишечника умеренно раздуты, перистальтика прослеживается. Пальпаторно определяется плотное образование – гематома в забрюшинном пространстве слева на уровне поясничных позвонков, размером с кулак. При ревизии выявлено ранение кишечника на 10-15 см от связки Трейца, диаметром до 0,3-0,4 см. Ушито... В области ранения брюшина отечная, фибрина нет... ранение паренхиматозных органов не выявлено. Обнаружено ранение корня брыжейки в области связки Трейца. Рана на париетальной брюшине 2 см. Кровотечения из раны нет. Ушито. Бр полость дренирована ... Гемостаз ... швы на рану. Ас. повязка. ... 23.10.13 За время наблюдения состояние тяжелое, без динамики. Жалоб нет. Дыхание жесткое, ослаблено в задне-нижних отделах с обеих сторон. ЧСС 97. АД 135/88. Живот вздут, напряжен, болезненный по всем полям. Диурез сохранен. Повязки сухие. ... 23.10.13 14:40 с целью купирования пареза кишечника ... выполнена пункция эпидурального пространства на уровне L1-L2 и установлен эпидуральный катетер на уровне T10-T12. Ас. повязка. ... 24.10.13 10:55-16:00 Протокол операции № 208 – Релапаротомия, ушивание раны ДПК. Задний гастроэнтероанастомоз по Ру. Выключение ДПК. Холецистостомия. Дренирование брюшной полости. ... сняты швы с лапаротомной раны. В бр полости выпота нет. На петлях кишечника фибрина нет. В забрюшинной клетчатке выраженный отек. В области корня брыжейки налеты фибрина ... ткани забрюшинного пространства темно-зеленого цвета, местами серые с налетом фибрина, некротические. ДПК мобилизована по Кохеру от верхнего изгиба до начала тощей кишки. ... Выявлено ранение нижней стенки ДПК в нижней горизонтальной части до 7-8 мм в диаметре. Ушито ... Ниже привратника ДПК перевязана ... Ниже связки Трейца тонкий кишечника пересечен. Выполнен энтероэнтероанастомоз. Сформирован задний гастроэнтероанастомоз. Желчный пузырь вскрыт, удалена желчь ... Выявлены два десерозированных участка на тощей кишке 0,7x0,5 см и поперечной 1x2 см... ушиты... Дренажи... Швы ... 25.10.13 За время наблюдения состояние тяжелое, стабильное. Мед сон. ИВЛ, дыхание жесткое. ЧСС 114. Т 37,4. АД 115/63. Повязки умеренно пропитаны сукровичным отделяемым. ... 27.10.13 Состояние тяжелое стабильное. ИВЛ... Живот мягкий, вздут. АД 133/81. ЧСС 97. Т 37,3. Лечение получает. ... 28.10.13 11:15 Протокол операции № 214 – Релапаротомия, ревизия брюшной полости, лапаростомия. ... сняты швы с лапаротомной раны. В подкожной клетчатке в проекции операционной раны серозно-гнойное отделяемое. Дренажи удалены. В бр полости серозно-гнойный выпот, налеты фибрина на петлях кишечника, париетальной брюшине. Петли тонкого кишечника незначительно раздуты, перистальтика не прослеживается. Анастомозы состоятельны. Швы на ДПК б/о. Осушена. Гемостаз ... лапаростома. Ас повязка. ... В ОАК от 28.10 – лейкоцитоз, СОЭ 39, эр 2,8, Нв 82, л27, п20, миел 10, т.з. +++ ... 29.10.13 14:20-16:00 Протокол операции № 217 – Релапаротомия, ушивание раны ДПК. Выключение культы ДПК. Дренирование культы ДПК. Санация брюшной полости. ... сняты швы с лапаростомы. В бр

полости большое количество желчи, фибрина, мутного выпота. Осушены ... выявлено, что анастомоз между тонким кишечником несостоятелен, полностью раскрыт, из него вытекает желчь ... обнаружена несостоятельность швов на ДПК, из которой поступает желчь. Тонкокишечный анастомоз разобщен... швы на тонкий кишечник, культю ДПК, повторные швы на нижнюю стенку ДПУ ... дренирование. ... Стенки тонкого кишечника отечные. Санация бр полости... Гемостаз ... Лапаростома. ... 30.10.13 Состояние крайне тяжелое. Мед седация. Т 38С. ИВЛ. ЧСС 140. АД 94/67. По лапаростоме большое количество серозной жидкости. ОАК – Нв 86, эр 3,07, п26, с46, л12, м4... 31.10.13 Состояние крайне тяжелое, относительно стабильное, с относительно положительной динамикой по энтеральной дисфункции, с отрицательной динамикой по ССН, ССВР. Медикаментозный сон. ИВЛ. АД 105/57. ЧСС 122. Т 39С. ... 31.10.13 17:10-18:40 Протокол операции № 219 – Релапаротомия, разобщение ДПК и желудка, дренирование и санация брюшной полости. ... сняты швы с лапаростомы. В бр полости большое количество желчи, в правом подреберье. Желчь вытекает из прорезавшихся швов на ДПК ниже привратника в области перевязки кишки. ДПК и желудок разобщены. Швы ... Гемостаз. К месту ушивания ДПК поставлен сигарообразный дренаж. Стенки тонкой кишки умеренно отечные. Санация .... Гемостаз. Лапаротомия. ...1.11.13 состояние крайне тяжелое, динамика отрицательная, прогрессирование ССН. Мед сон. ИВЛ. АД 132/80. ЧСС 106. Т 38,3С. По дренажам серозно-сукровичное отделяемое. ... 01.11.13 2:10 хирург. Состояние крайне тяжелое. Т 39,2С. АД 90/50. ЧСС 120. В правом подреберье через дренаж поступает свежая алая кровь, повязки обильно промокли. ... 1.11.13 03:15-03:35 Протокол операции № 209 экстренно-Релапаротомия, прошивание сосудо-дренирование и санация брюшной полости. ... сняты швы с лапаростомы. В бр полости около 300-400 крови со сгустками. Кровотечение из артерии брыжейки тонкого кишечника. В области культи ДПК кровотечения нет. Кровь эвакуирована... Шов на сосуд брыжейки. Кровотечение остановлено. Гемостаз. Лапаростома. ...Получает лечение: квамател 20 мг, вит С 100 мг, церукал 2 мл, омепрозол 20 мг, дицинон 250 мг, викасол 20 мг, полиоксидоний 6 мг, феррум-лек 100 мг, Вит гр В, тетрапан6 250 мл, метрогил 0,5 г, ципрофлоксацин 0,4г, глюкоза 10%, инсулин 8 Ед, магнезия 25%, хлористый калий 4%, эр масса, липофундин 10%, циласпен 2 г, СЗП, дофамин 4% ... ОАК лейкоц 22,0, п36 ... 4.11.13 Состояние крайне тяжелое, без динамики. ОАК Нв 55, эр 1,9, лейкоц 14,1, п38. Кожные покровы умеренно бледные, влажные, теплые. АД 101/60. ЧСС 109. Т 37,7С. ИВЛ. ... 5.11.13 12:30-13:30 Протокол операции № 215 экстренно - Релапаротомия, разобщение ДПК и желудка, дренирование и санация брюшной полости. ... сняты швы с лапаростомы. В бр полости желчь и кишечное содержимое в правом и левом подреберьях. Желчь, кишечное содержимое вытекает из прорезавшихся швов на культе ДПК, в области ушивания ДПК. К месту ушивания ДПК поставлены сигарообразные дренажи, резиновые трубки. Тонкий кишечник не перестальтирует. Стенки тонкой кишки умеренно отечные. Санация .... Гемостаз. Лапаротомия. ... 05.11.13 состояние тяжелое стабильное. Мед седация. АД 130/100. ЧСС 94. Т 36,8С. ... Транспортирован в ОКБ сан авиацией в тяжелом состоянии в сопровождении реаниматолога ОКБ. ... Б/х крови АСТ 75, АЛТ 70, амилаза 49, белок 56, мочевины 11,5, креатинин 108, азот 33. ...».

6. **Заключение эксперта** (судебно-гистологическая экспертиза) № 730-20-14. На основании постановления заместителя руководителя Урайского МСО СУ СК РФ по ХМАО-Югре Толмачева С.М. от 11 декабря 2013г. и направления судебно-медицинского эксперта Мешковой Ю.В... в судебно-гистологическом отделении КУ ХМАО-Югры БСМЭ МЗ РФ судебно-медицинским экспертом отделения Макеевой Еленой Витальевной, образование высшее медицинское, заведующая отделением, стаж 17 лет, высшая категория произведена экспертиза кусочков органов от трупа Трефилова С.Л. 1980 г.р. ... Судебно-гистологическое заключение: В головном мозге умеренный отек, дистрофические изменения вещества. В сердце белковая, очаговая мелкокапельная жировая дистрофия миокарда, неравномерное проенаполнение сосудов, лейкостазы в сосудах микроциркуляции. В желудке полнокровие, мелкоочаговые кровоизлияния в слизистой, в серозной оболочке склероз, серозно-фибринозное воспаление, наложение на поверхности гнойно-фибринозных масс.

Выраженная белковая дистрофия печени вплоть до некроза групп клеток. В серозной оболочке печени очаговое гнойно-фибринозное воспаление, разрастание молодой соединительной ткани, наложение на поверхности ее гнойно-фибринозных масс. В жировой клетчатке разрастание молодой соединительной ткани, очаговое гнойно-фибринозное воспаление, наложение гнойно-фибринозных масс на поверхности. Белковая дистрофия почек. Умеренный сетчатый фиброз поджелудочной железы. Реактивные изменения селезенки. №1 - серозно-фибринозная пневмония. №2 серозно-фибринозная пневмония. №3 очаговая гнойно-фибринозная пневмония, фибриновый плеврит. №5 в стенке тонкого кишечника отек, полнокровие, в серозной оболочке выраженный склероз с диффузным серозно-гнойным воспалением, с наложением на поверхности гнойно-некротических масс. №6 в стенке толстого кишечника отек, полнокровие, в серозной оболочке склероз, очаговое серозно-фибринозное воспаление.

2014г. (подпись, печать).

Эксперты

С.В. Чирков



Ю.В. Мешкова

В.П. Ионин

### ВЫВОДЫ

На основании представленной документации и в соответствии с поставленными вопросами экспертная комиссия приходит к следующим выводам:

1. Согласно представленных документов (медицинская карта № 4000 стационарного больного МБУЗ ЦРБ Кондинского района, медицинская карта № 10943 стационарного больного БУ ХМАО-Югры «Окружная клиническая больница» г. Ханты-Мансийск, хирургическое отделение, акт судебно-медицинского исследования трупа № 296 КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Ханты-Мансийское межрайонное отделение, медицинская карта амбулаторного больного № 1862 Куминская участковая больница, карта вызова скорой медицинской помощи № 1524 от 19.10.13 20:15-20:50 Куминское отделение СМП, материал проверки № 213-13), гистологической экспертизы причиной смерти гр-на Трефилова С.Л. явилось ранение брюшной стенки, проникающее в брюшную полость с повреждением тонкого кишечника (двенадцатиперстная, тощая), осложнившееся развитием сепсиса (заражение крови) и развитием полиорганной недостаточности, что подтверждается:

- клинические данные при осмотре хирурга 19.10.13 20:30 на брюшной стенке слева обнаружена колото-резаная рана длиной 2,0 см с умеренным кровотечением из раны, при ревизии раны зондом определяется – проникновение зонда в брюшную полость до 10 см, на ладонной поверхности нижней трети левого предплечья имеется резаная рана длиной 4 см с кровотечением;

- макроскопические данные: в брюшной полости вязкая непрозрачная жидкость желтовато-белесоватого цвета, обволакивающая все органы брюшной полости, двухсторонняя гнойно-фибринозная пневмония; в сердце лейкостазы в сосудах микроциркуляции; острый гнойный перитонит: в жировой клетчатке из области операционной раны разрастание молодой соединительной ткани гнойно-фибринозное воспаление, наложение гнойно-фибринозных масс на поверхности; в желудке серозно-фибринозное воспаление, наложение на поверхности гнойно-фибринозных масс; в серозной оболочке печени гнойно-фибринозное воспаление, разрастание молодой соединительной ткани, наложение на поверхности ее гнойно-фибринозных масс;

- гистологические данные: реактивные изменения селезенки; в стенке тонкого и толстого кишечника диффузное серозно-гнойное воспаление, с наложением на поверхности гнойно-некротических масс полиорганная недостаточность: белковая и жировая дистрофия миокарда; белковая дистрофия печени вплоть до некроза групп клеток; белковая дистрофия почек; сетчатый фиброз поджелудочной железы.

2.3.4.5.6. При проведении экспертизы у гр-на Трефилова С.Л. обнаружены следующие



телесные повреждения:

- Ранение брюшной стенки, проникающее в брюшную полость с повреждением тонкого кишечника, образовалось от 1-го воздействия острого предмета, с колюще-режущими характеристиками, в течение примерно нескольких часов до осмотра хирурга 19.10.2013 20:30, причинило тяжкий вред по признаку опасности для жизни (согласно п.6.1.15. Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, Приказ МЗ и СР РФ от 24.04.2008 г. №194н) и состоит в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти. С учетом направления раневого канала (спереди назад, справа налево и сверху вниз - протокол операций от 20.10.13 и 24.10.13), а также доступности для собственной руки, не исключается возможность собственноручного причинения ранения;

- Рана левого предплечья по внутренней поверхности в нижней трети, образовалась от 1-го воздействия острого предмета с режущими характеристиками, в течение примерно нескольких часов до осмотра хирурга 19.10.2013 20:30, причинила легкий вред здоровью: по признаку кратковременного расстройства здоровья (согласно п.8.1. Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, Приказ МЗ и СР РФ от 24.04.2008 г. №194н) и в причинно-следственной связи с наступлением смерти не состоит. С учетом доступности раны левого предплечья для собственной руки не исключается возможность собственноручного причинения.

В момент причинения всех телесных повреждений положение Трефилова Л.С. и нападавшего могло быть различным, за исключением тех, при которых поврежденная область была недоступна воздействию.

7. При проведении экспертизы анализируя представленные медицинские данные у гр-на Трефилова Л.С. каких-либо сопутствующих заболеваний, не связанных с обстоятельствами дела, которые могли привести к смерти, не обнаружено.

8.9.10.11. Тактика оказания медицинской помощи Трефилову Л.С. на всех этапах оказания медицинской помощи соответствует федеральным стандартам.

Трефилову Л.С. были проведены следующие операции:

- 20.10.13 Протокол операции № не указан. Лапаротомия, ушивание ран кишечника, дренирование брюшной полости.

- 24.10.13 Протокол операции № не указан. Релапаротомия. Выключение двенадцатиперстной кишки, гастроэнтеростомия. Холецистостомия (удаление желчного пузыря).

- 28.10.13 Протокол операции № не указан. Релапаротомия, Лапаростомия.

- 29.10.13 Протокол операции № не указан. Релапаротомия. Ушивание раны двенадцатиперстной кишки. Разобщение межкишечного анастомоза. Дренирование приводящей петли тонкой кишки.

- 31.10.13 Протокол операции № не указан. Релапаротомия. Санация брюшной полости;

- 06.11.2013 Протокол операции № 731. Ревизия брюшной полости (лапаростома). Остановка аррозивного кровотечения из гепато-дуоденальной связки. Рехолецистостомия. Резекция большого сальника. Наружное дренирование выключенной культи двенадцатиперстной кишки. Санация, дренирование брюшной полости. Лапаростомия.

- 07.11.2013 Протокол операции № не указан. Программная санация и ревизия органов брюшной полости. Ушивание несостоятельной культи желудка. Обтурация несостоятельной дистальной культи двенадцатиперстной кишки. Плоскостное редренирование брюшной полости.

- 08.11.2013 Протокол операции № не указан. Ревизия органов брюшной полости. Гемостаз (остановка внутрибрюшного кровотечения). Санация и редренирование брюшной полости.

- 08.11.2013 Протокол операции № не указан. Остановка кровотечения из артерии мезоколон.

- 10.11.2013 Протокол операции № не указан. Ревизия органов брюшной полости. Гемостаз (остановка внутрибрюшного кровотечения). Санация и редренирование брюшной

полости.

- 11.11.2013 Протокол операции № не указан. Ревизия органов брюшной полости. Гемостаз (остановка внутрибрюшного кровотечения). Санация и редренирование брюшной полости.

Возникшая необходимость в повторных операциях (7 операций в ЦРБ Кондинского района и 6 операций в ОКБ Ханты-Мансийска) связана с тем, что на первой операции 20.10.13 не распознано повреждение забрюшинного отдела двенадцатиперстной кишки – не выявлено ранение двенадцатиперстной кишки. Тактическая ошибка – недостаточная ревизия двенадцатиперстной кишки во время привела к ошибке в хирургическом лечении и существенно утяжелило состояние больного. Больной с повреждением двенадцатиперстной кишки, забрюшинной флегмоной, которые выявлены и прооперированны через несколько суток с момента травмы, практически, не имеет шансов на выздоровление. Прогрессирование гнойно-воспалительного процесса в забрюшинной клетчатке вызвало развитие перитонита (воспаление брюшины), а затем - ряд осложнений (несостоятельность швов на стенках полых органов и аррозивного кровотечения), которые потребовали повторных хирургических вмешательств. Операции по поводу ранения брюшной стенки с повреждением тонкого кишечника и осложнений не могли купировать гнойно-воспалительный процесс, их объем соответствовал поставленному диагнозу, и они были выполнены по показаниям.

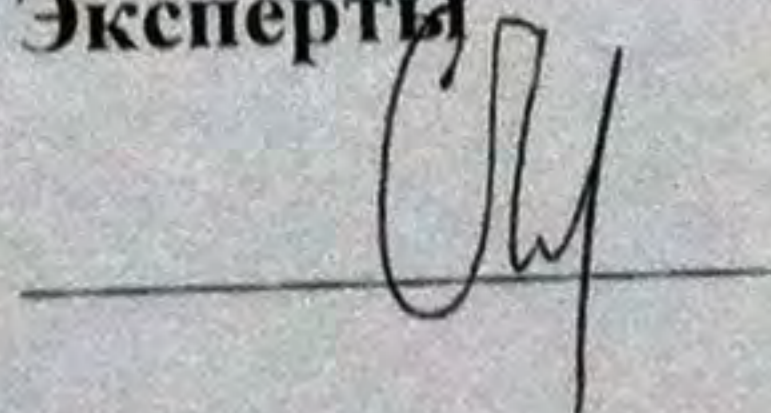
Ранение тонкого и толстого кишечника с истечением кишечного содержимого в брюшную полость и развитием перитонита (воспаление брюшины), сепсиса (заражения крови), даже при своевременном и адекватном оказании медицинской помощи является опасным для жизни, имеет высокий процент летальности так как кишечник содержит бактериальную флору в большом количестве.

В силу всего вышесказанного прямой причинно-следственной связи между недостатками оказания медицинской помощи и наступлением смерти, нет.

Примечание: представленные на экспертизу материалы возвращены в адрес старшего следователя, назначившего экспертизу.

06.03.2014 года

Эксперты



С.В. Чирков



Ю.В. Мешкова

В.П. Ионин

# ПОСТАНОВЛЕНИЕ

о назначении комиссионной судебно-медицинской экспертизы  
(какой именно)

п. Междуреченский " 11 " декабря 2013 г.  
(место составления)

Заместитель руководителя Урайского межрайонного следственного отдела  
(наименование органа предварительного следственного управления Следственного комитета РФ по ХМАО-Югре следствия или дознания, классный чин или звание,  
Толмачев С.М.  
фамилия, инициалы следователя (дознавателя)  
рассмотрев материалы проверки КРСоп № 213

## У С Т А Н О В И Л :

02.12.2013 в Урайский межрайонный следственный отдел следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Ханты-Мансийскому автономному округу-Югре поступил материал проверки по факту причинения тяжких телесных повреждений, повлекших смерть Трефилова С.Л.

Из объяснения Трефиловой следует, что 19.10.2013 примерно в 20 часов она находилась у себя дома по адресу: п.Куминский ул.Космонавтов 13-1 вместе с мужем Трефиловым Сергеем Леонидовичем, употребляли спиртное.

В ходе распития спиртного Трефилов С.Л. стал наносить ей удары по лицу.

Чтобы остановить Трефилова С.Л. и прекратить его действия, она взяла с кухонного стола нож и нанесла ножом один удар в область живота Трефилову С.Л.

В тот же день Трефилов С.Л. был доставлен в ФАП п.Куминский с диагнозом: проникающее ранение брюшной полости, резаная рана левого предплечья, алкогольное опьянение»

20.10.2013 Трофилов С.Л. был доставлен в МУЗ ЦРБ Кондинского района с диагнозом: «колото-резаная рана левой половины живота, проникающее ранение брюшной полости, резаная рана нижней трети левого предплечья, перетонит»

05.11.2013 Трефилов С.Л. госпитализирован в ОКБ г.Ханты-Мансийск с диагнозом: «ножевое ранение брюшной полости»

17.11.2013 Трофилов С.Л., находясь в ОКБ г.Ханты-Мансийск, скончался.

Согласно медицинского свидетельства о смерти № 296 от 18.11.2013, причиной смерти Трефилова С.Л. явились: острый перетонит, травма тонкого кишечника, контакт с острым предметом с неопределенными намерениями.

Для установления причин смерти, наличия телесных повреждений, их тяжести, а также наличия, либо отсутствия причинно-следственной связи между действиями врачей и наступлением смерти Трефилова С.Л., необходимы специальные познания в области медицины.

На основании изложенного и руководствуясь ст.195 (196) и 199 УПК РФ,

## П О С Т А Н О В И Л :

1. Назначить комплексную судебно-медицинскую экспертизу, производство которой поручить экспертам филиала КУ ХМАО-Югры  
(какую именно)  
фамилия, имя, отчество эксперта либо наименование экспертного учреждения)  
БСМЭ.

2. Поставить перед экспертом вопросы:

1. Какова причина смерти Трефилова С.Л.?

(формулировка каждого вопроса)

2. Имеются ли на теле Трефилова С.Л. телесные повреждения?

3. Если да, то какова степень их тяжести, локализация, механизм образования?

4. Давность возникновения телесных повреждений?
5. Мог ли Трефилов С.Л. сам причинить себе данные телесные повреждения?
6. Каково было взаимное расположение потерпевшего и нападавшего в момент нанесения телесных повреждений?
7. Имеются ли морфологические изменения внутренних органов, указывающих на наличие у Трефилова С.Л. заболевания, если да, то какие заболевания и могли ли они быть причиной смерти?
8. Соответствует ли федеральным и региональным стандартам тактика оказания медицинской помощи врачами Трефилову С.Л., указанная в представленных на исследование медицинских документах?
9. Правильно ли был поставлен диагноз Трефилову С.Л. с учетом имевшихся у него признаков заболевания?
10. Соответствует ли назначенное лечение поставленному диагнозу?
11. Имеются ли согласно представленных на исследование медицинских документов какие-либо нарушения в действиях врачей, если да, то какие именно, не являются ли данные нарушения причиной смерти Трефилова С.Л.?

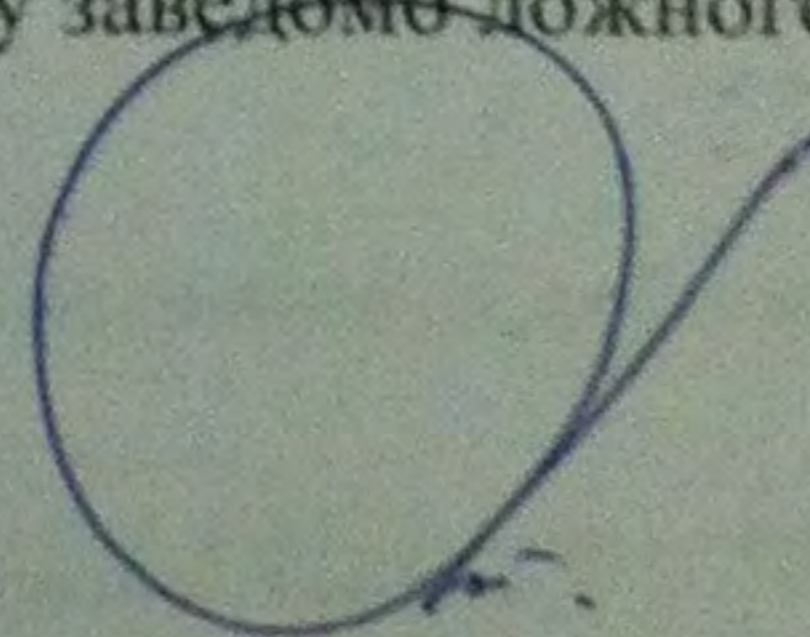
3. Предоставить в распоряжение эксперта материалы: Настоящее постановление,  
(какие именно)

Медицинская карта амбулаторного больного (иные медицинские документы по лечению Трефилова С.Л. находятся в ОКБ г.Ханты-Мансийск), материалы проверки

4. Поручить: руководителю филиала КУ ХМАО-Югре БСМЭ  
(кому именно)

разъяснить эксперту права и обязанности, предусмотренные ст.57 УПК РФ, и предупредить его об уголовной ответственности по ст.307 УК РФ за дачу заведомо ложного заключения\*.

Заместитель руководителя отдела



С.М. Толмачев