

чобітка в ділянці поперекового відділу хребта. 04.03.2008 року було проведено судово-медичне обстеження в амбулаторії обласного бюро СМЕ, при якому було виявлено блідо-червоний синець овальної форми, 3x7 см в лівій поперековій ділянці. Згідно консультативного заключення рентгенолога, проведеного за результатами рентгенівських знімків поперекового відділу хребта у двох проекціях від 11.03.2008 року – у гр. Г. виявлений перелом остистого паростку V поперекового хребця з розходженням відламків. На підставі цього експерт встановив, що гр-ну Г. було нанесено тілесні ушкодження середньої тяжкості. При проведенні комісійної судово-медичної експертизи по цьому випадку в обласному бюро СМЕ був встановлений легкий ступінь тяжкості тілесного ушкодження з короточасним розладом здоров'я на підставі відсутності клінічних проявів травми. При повторній комісійній судово-медичній експертизі відносно гр. К. при дослідженні цих же рентгенівських знімків травматичних змін не було виявлено, а натомість мало місце незарощення

правого суглобового паростку тіла V поперекового хребця і остистого паростку першого крижового хребця (spina bifida). Як відомо, це є вродженою патологією розвитку хребта.

Аналізуючи ці та інші подібні випадки, можливо констатувати, що причинами помилкової рентгендіагностики переломів є:

- Неуважне вивчення чи навіть не вивчення взагалі лікарями- рентгенологами протокольних частин «Акту судово-медичного дослідження» чи «Висновку експерта»;
- Неврахування лікарем-рентгенологом нетипових обставин випадку;
- Недостатній і низький рівень кваліфікації деяких рентгенологів, особливо в ЦРЛ.

Потрібно відмітити, що при сумнівних випадках наявності перелому та для з'ясування характеру змін кісток черепа і для отримання додаткової об'єктивної інформації необхідно проводити обстеження потерпілих шляхом СКТ з 3D реконструкцією.

ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ДВОХМОМЕНТНОГО РОЗРИВУ СЕЛЕЗІНКИ

Науменко В. М., Зозуля В.М.

Житомирський ОКЗ „Бюро судово-медичної експертизи”

Згідно постанови слідчого «15 жовтня 2009 року близько 17 годин ... водій З. керуючи автомобілем VOLVO V70 XC ... виїхав на смугу зустрічного руху, де здійснив зіткнення з автомобілем CHERY EASTAR B11 ... під керуванням водія Д., який рухався в зустрічному напрямку.

На експертизу була представлена медична карта стаціонарного хворого з якої вбачалося, що гр. Д. знаходився на стаціонарному лікуванні в ЦМЛ №2 м. Житомира з 15.10.2009 року по 18.10.2009 року з діагнозом: «ЗЧМТ. Струс головного мозку. ЗТГК. Забій легень, серця. Закрита травма живота. Забій передньої черевної стінки. Закритий перелом шийки правого стегна. Закритий двох кістчковий перелом лівої гомілки, закритий перелом лівої великогомілкової кістки в нижній третині, закритий перелом лівого надколінника із зміщенням фрагментів. Травматичний шок I-II ст.». Доставлений 15.10.2009 року о 18.30 з діагнозом: «Закритий перелом гомілки, коліна, лівої нижньої кінцівки. Забій грудної клітки. Перелом ребер. ЗЧМТ. Струс головного мозку (супровідний лист №1385 при АТ 110/60 мм.рт.ст.). При огляді консилиумом лікарів 15.10.2009 року о 18.35: хворий в свідомості. Загальний стан важкий. Зі слів: ДТП, водій, дві машини лоб в лоб. Скарги на біль в лівій гомілці, правому кульшовому суглобі, біль в ділянці реберних дуг, задишку, біль чола. Вживання алкоголю заперечує. Шкірні покрови блідо-рожеві, сухі. АТ 118-120/70 мм.рт.ст. Пульс 78 уд/хв., ритмічний. Серцеві тони ритмічні, дихання зліва везикулярне, ослаблене в нижніх відділах. Справа дихання везикулярне до

4 міжребер'я, нижче ослаблене, хрипи поодинокі. Живіт приймає участь в акті дихання, при пальпації м'який в нижніх відділах, болючий в обох підребер'ях. В ділянці реберних дуг садна шкіри, крововиливи. Перистальтика вислуховується. Гази не відходять. Права нижня кінцівка ротована дозовні, болюча в ділянці правого кульшового суглобу, укорочення 5 см по відношенню до лівої. Набряк м'яких тканин лівого колінного суглобу, деформація лівого гомілково-ступневого суглобу. Патологічна рухливість в гомілково-ступневому суглобі. Діагноз: «Політравма: закрита травма живота. Закрита травма грудної клітки. Закритий перелом шийки правого стегна. Закритий перелом лівого надколінника. Закритий перелом лівого гомілково-ступневого суглобу. Травматичний шок I-II ст. Струс головного мозку». Призначено дообстеження та лікування. 15.10.2011 року 18.50-19.10 операція: лапароцентез: виділень повітря, крові немає. Поставлено дренаж. По дренажу введено 200 мл фіз.розчину і 100 мл фурациліну. Виділилось 100 мл прозорої рідини, патологічних виділень немає. Проведено пункцію плевральної порожнини справа – крові, повітря не отримано. На рентгенограмі ОГК високе стояння купола діафрагми печінки. Діагноз: «Забій передньої черевної стінки. Забій грудної клітки. Розрив правого купола діафрагми? Закритий перелом лівого гомілково-ступневого суглобу. Закритий перелом правого стегна. Травматичний шок I-II ст. Струс головного мозку». УЗД 15.10.2009 року візуалізація органів черевної порожнини неможлива через підвищену пневматизацію органів черевної

порожнини після лапароцентезу. Огляд консилиумом лікарів 15.10.2009 року о 19.50: хворому проведено пункцію плевральної порожнини - вмісту і повітря не отримано. Проведено повторне промивання черевної порожнини (введено 100 мл фіз.розчину – в трубіці прозора рідина). Аналіз сечі 15.10.2009 року 20.05: прозора, мутна; білок 0,088 г/л; реакція – кисла; лейкоцити 6-8 в полі зору; еритроцити не змінені – 26-30 в полі зору, змінені 6-8 в полі зору; епітелій плоский 1-2 в полі зору, перехідний – 4 в полі зору; слиз ++. 17.10.2009 року по дренажу з черевної порожнини виділень немає, видалено дренаж. Живіт приймає участь в акті дихання, м'який, безболісний. Перистальтика добра. За наполяганням родичів і за домовленістю з лікарнею ШМД м. Києва хворому рекомендовано перевід в лікарню ШМД.»

Тілесні ушкодження у гр. Д. були віднесені до категорії тілесних ушкоджень середнього ступеню тяжкості як такі, що не небезпечними для життя, призвели до довготривалого розладу здоров'я.

В подальшому слідчим було призначено додаткову судово-медичну експертизу та представлено виписку з медичної карти стаціонарного хворого, з якої вбачалося, що гр. Д. знаходився на стаціонарному лікуванні в Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги з 18.10.2009 року з діагнозом «Травматичне пошкодження селезінки. Двохмоментний розрив селезінки. Важка поєднана краніоторакоабдомінальна скелетна травма. ЗЧМТ. Струс головного мозку. ЗТГК. Правобічний гемо-пневмоторакс. ЗТЖ. Внутрішньо-черевна кровотеча. Геморагічний шок ІІ ст.» Операція: Верхньо-середина лапаротомія, спленектомія, санація, дренування черевної порожнини. При ревізії черевної порожнини виявлено 3,5л крові та згустків. Джерело – двохмоментний розрив селезінки (24,0x18,0 просякла кров'ю, з повною декапсуляцією та поперечним розривом в середній третині). Типова спленектомія з перев'язкою елементів її судинної ніжки. Санація та дренування черевної порожнини».

Були витребувані оригінал медичної карти стаціонарного хворого та гістопрепарати селезінки.

Згідно представленої медичної карти стаціонарного хворого гр. Д. знаходився на стаціонарному лікуванні в ІІ травматологічному відділенні КМКЛШМД з 18.10.2009 року по 07.12.2009 року з діагнозом: «Важка поєднана краніоторакоабдомінальна травма. ЗЧМТ. Струс головного мозку. ЗТГК. Правобічний гемо-пневмоторакс. ЗТЖ. Двохмоментний розрив селезінки. Внутрішньо-черевна кровотеча. Геморагічний шок ІІ ст. Закритий уламковий перелом шийки правої стегнової кістки із зміщенням. Закритий уламковий перелом лівого надколінника зі зміщенням, уламковий перелом нижньої третини малогомілкової кістки, заднього краю великогомілкової кістки, лівої гомілки зі зміщенням. Садна обличчя. Травматичний шок ІІ ст. Післятравматична двобічна нижньодольова пневмонія. ІХС. Атероскле-

роз коронарних артерій і аорти. СН І ст. Астено-невротичний синдром». При первинному огляді скарги на біль в ділянці переломів. Об'єктивно: АТ 120/70 мм.рт.ст. Пульс 84 уд/хв. Живіт м'який, приймає участь в акті дихання. При перкусії притуплення немає. Діагноз: «ЗЧМТ. Струс головного мозку. Закрита травма грудної клітки. Закритий правобічний пневмоторакс. Перелом правої і лівої гомілки, лівого надколінника. При огляді травматологом: скарги на головний біль, біль в грудній клітці. Об'єктивно: загальний стан відносно задовільний. Грудна клітка нормостенічна. Пульс 80 уд/хв., ритмічний, задовільного наповнення. АТ 130/80 мм.рт.ст. Живіт м'який, симетричний, безболісний. Перкусія, тимпаніт. Перистальтика звичайна. На лівій нижній кінцівці глибока гіпсова шина від пальців до верхньої третини стегна. В ділянці гомілково-ступневого суглобу порушення конгруенції, болючість. В ділянці верхньої третини малогомілкової кістки рухомість, болючість. Лівий колінний суглоб набряклий, болючий в ділянці надколінника. Іннервація кровопостачання в периферичних відділах лівої нижньої кінцівці збережена. Болючість в ділянці правого кульшового суглобу, укорочення за рахунок фрагменту стегна до 5 см. На правій нижній кінцівці деротаційний черевичок. Іннервація, кровопостачання в периферичних відділах нижньої кінцівки збережена. Попередній діагноз: «Перелом шийки правої стегнової кістки з зміщенням уламків. Уламковий перелом лівого надколінника. Перелом лівої великогомілкової кістки. Перелом ДЕМ лівої гомілки зі зміщенням уламків. Уламковий перелом нижньої третини лівої малогомілкової кістки зі зміщенням». При огляді в приймальному відділенні стан хворого задовільний. Скарг з боку голови не надає. Неврологічно: в свідомості. Місцево: садна лобної ділянки справа. На момент огляду гострої нейрохірургічної патології не виявлено. 18.10.2009 року о 13.10-13.30 проведена операція – дренування правої плевральної порожнини по Бюлау: отримано повітря і до 200 мл гемолізованої крові. З 19.10.2009 року загальний стан середньої важкості. 29.10.2009 року операція: тотальне безцементне ендопротезування правого кульшового суглобу протезом «Біомед». З 02.11.2009 року загальний стан хворого задовільний. 05.11.2009 року о 14.00-16.50 проведена операція – відкрита репозиція уламків малогомілкової кістки, заднього краю та медіальної кісточки великогомілкової кістки. МОС пластиною та гвинтами. 10.11.2009 року призначається лікувальна фізкультура згідно стану хворого та післяопераційного періоду реабілітації під контролем пульсу та самопочуття. 11.11.2009 року стан хворого різко погіршився. Скарги на загальну слабкість, головокружіння, біль в ділянці лівого гомілково-ступневого суглобу. Пульс 98 уд/хв. АТ 80/60 мм.рт.ст. Живіт м'який, без болючий. Огляд кардіолога 11.11.2009 року 01.40-02.00: на ЕКГ ритм синусовий. Частота серцевих скорочень 58/хв. Атріовентрикулярна бло-

када I ст. Діагноз: «ІХС. Атеросклеротичний кардіосклероз. Атеросклероз аорти, коронарних артерій. СН I ст. Переведений в відділення реанімації та інтенсивної терапії. 11.11.2009 року 13.00 стан хворого важкий. Скарги на загальну слабкість, біль в животі. Шкірні покрови бліді. АТ 80/50 мм. рт.ст. Живіт болючий на всьому протязі, дещо піддутий, перистальтика в'яла. У хворого клінічно не можливо виключити внутрішньочеревну кровотечу. УЗД 11.11.2009 року 13.15: селезінка збільшена в розмірах за рахунок утворення зниженої ехогенності діаметром 60 мм з анехогенними включеннями. В малому тазу незначна кількість вільної рідини. Заключення: УЗД ознаки травматичного розриву селезінки, вільної рідини в черевній порожнині. 11.11.2009 року 14.05-15.35 операція: верхньо-серединна лапаротомія, спленектомія. Санація та дренивання черевної порожнини: ревзія черевної порожнини 3500 мл згустків і крові. Джерело гемоперитонеуму. Двохмоментний розрив селезінки, вскрившуюся відшарованою капсулою останньої і поперечним розривом в середній третині. Паралельно з перевіркою стану черевної порожнини виконана типова спленектомія з селективним лігуванням елементів її судинної ніжки. Гемостаз. Інших ушкоджень не виявлено. Пошарове ушивання серединної рани. Препарат: селезінка 21x8см імбібована кров'ю з повною декапсуляцією і поперечним розривом в середній третині. 13.11.2009 року загальний стан хворого середньої важкості. 23.11.2009 року 10.10-12.25 операція: Відкрита репозиція уламків лівого надколінника, МОС спицями та проволокою. 24.11.2009 року. 07.12.2009 року: післяопераційна рана ділянки лівого колінного суглобу без ознак запалення. Знято шви. Рекомендовано виписати на амбулаторне лікування за місцем проживання.

Представлені одне предметне скло та один парафіновий блок з чотирма шматочками селезінки гр. Д. направлений в судово-гістологічне відділення.

В ході судово-гістологічного дослідження було встановлено: тканина селезінки ішемічна, фолікули поодинокі, зменшені в розмірах, виражені крововиливи в паренхіму з гемолізом еритроцитів, наявністю лейкоцитарної інфільтрації з розпадом лейкоцитів; фібрин у вигляді щільних мас відокремлює крововиливи від непошкодженої тканини; довкола крововиливів сформована капсула, яка складається з сполучної тканини різного ступеню зрілості. Фіброцити місцями розташовані орієнтовано, місцями сполучна тканина має білий клітинний склад, волокна грубо еластичні з домішками лімфоїдно-гістіоцитарних включень, гемосидерин розташований позаклітинно у вигляді брульок світло-коричневого кольору, вогнищево в капсулі відмічаються поодинокі новоутворені суди-

ни. Експертом-гістологом було зроблено заключення: крововиливи в паренхімі селезінки з утворенням капсул та ознаками організації, можливою давністю від 9-10 діб до одного місяця.

Зазначений випадок цілком узгоджується даними літератури, щодо можливості настання віддалених розривів селезінки в термін від однієї до тридцяти діб з моменту травмування. На нашу думку, основним фактором, який негативно вплинув на те, що травма селезінки не була діагностовано в умовах ЦМЛ №2, було проведення ультразвукового дослідження органів черевної порожнини після проведення лапароцентезу, що не дозволило оглянути органи через наявність в черевній порожнині повітря.

ПІДСУМКИ

1,2. Згідно записів із представлених медичних документів, даних рентгенологічного дослідження, у гр. Дощинського Л.А. було виявлено тупу поєднану травму тіла у вигляді саден та синців в ділянці реберних дуг, перелому шийки лівої стегнової кістки, перелому лівого надколінника, закритого перелому лівої великогомілкової кістки зліва, перелому внутрішньої кісточки лівого гомілково-ступневого суглобу, перелому малогомілкової кістки зліва з вивихом таранної кістки зліва, ускладнену розвитком травматичного шоку І-ІІст, яка утворилася від дії тупих твердих предметів з обмеженою контактуючою поверхнею, можливо внаслідок контакту з виступаючими частинами та приладами керування салону автомобіля, перебуваючи в положенні водія, при зіткненні автомобіля з іншим транспортним засобом, за обставин та в терміни, що вказані в медичних документах та постанові про призначення експертизи.

3. Дане тілесне ушкодження відноситься до категорії тілесних ушкоджень середнього ступеню тяжкості як таке, що не є небезпечним для життя, але призвело до довготривалого розладу здоров'я.

4. Тактика надання медичної допомоги та комплекс діагностичних заходів щодо зазначених травм відповідав протоколам надання медичної допомоги за спеціальністю «Травматологія.»

5,6. Під час перебування гр. Дощинського Л.А. на стаціонарному лікуванні в м. Києві 11.11.2009 року було діагностовано двухмоментний розрив селезінки, з приводу було проведено оперативне втручання – лапаротомія, видалення селезінки. Згідно даних судово-гістологічного дослідження шматочків вилученої в ході оперативного втручання селезінки, первинний розрив органу настав в межах від 8-9 діб до одного місяця від часу проведення оперативного втручання, отже міг відбутися як до 15.10.2009 року, так і після дорожньо-транспортної пригоди, а тому при оцінці ступеня тяжкості тілесних ушкоджень, отриманих при дорожньо-транспортній пригоді, до уваги не приймається.