

В начале мая мы рассказывали, что в вилючинской больнице в конце прошлого года умер 35-летний Алексей Шкабара. Родители уверены, что смерть их сына – это результат халатного отношения врачей к своим профессиональным обязанностям. И на то есть причины. До сих пор нет единого мнения, от чего прервалась жизнь Алексея Шкабары: то ли от правосторонней пневмонии, то ли в результате сепсиса – заражения крови.

В этом деле важны детали: от чего и как лечили пациента, своевременно и качественно ли оказали медицинскую помощь.

Но спустя почти год следственный отдел закрытого города так и не смог раскрыть тайну одновременно установленных посмертных диагнозов. И, наверняка, поэтому 25 мая 2012 года майор юстиции А.В. Лыскович выносит очередное решение об отказе в возбуждении уголовного дела, в связи с отсутствием в действиях врачей вилючинской больницы Афиногенова, Токарева, Сорокина, Корниенко и Григорьева состава преступления, предусмотренных ч. 2 ст. 109 (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей) и ч.2 ст. 293 УК РФ (халатность, то есть неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, повлекшее по неосторожности смерть человека). Более того, почему-то именно сейчас следственными органами принимается решение назначить судебно-медицинское исследование с привлечением независимых экспертов высокой квалификации ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздравсоцразвития России для устранения имеющихся в материалах проверки противоречий относительно причины смерти Алексея Шкабары. Но есть одно «но»: в этом центре огромная очередь, и когда экспертиза будет готова, неизвестно.

Между тем о халатности врачей вилючинской больницы можно говорить уже сегодня. Вернемся к событиям 4 и 5 ноября 2011 года. Алексей Шкабара поступил в приемный покой вилючинской больницы в час ночи с острыми болями в животе. В это время уже бывший заведующий хирургическим отделением Николай Афиногенов исполнял обязанности дежурного хирурга. Врач осмотрел Алексея, назначил ему рентген органов брюшной полости и лабораторные анализы мочи и крови. Диагноз острой кишечной непроходимости хирург Афиногенов сразу не установил. До утра следующего дня пациент Шкабара находился в приемном покое, а врач давал указания медсестре по телефону. Чтобы уменьшить сильные боли Алексею дали анальгетики и спазмолитики, также была сделана очистительная клизма. Чего при данном диагнозе делать было нельзя. На некоторое время боли, конечно, прекратились, молодой человек уснул. Но вскоре боли так усилились, что мужчина начал кричать. Затем началась тошнота и рвота. Только тогда (в 8.20) больной был госпитализирован в хирургическое отделение для оперативного лечения. Сама операция состоялась в одиннадцатом часу, то есть спустя 12 часов после поступления в больницу. И проводил ее уже не Афиногенов, а сменивший его врач-хирург Е.В. Токарев. Пациенту был поставлен диагноз «острая кишечная непроходимость», то есть прекращение движения пищевых масс по кишечнику вследствие механического препятствия, вызванного перекрутом кишечника, спайками кишечника.

Из показаний хирурга Токарева: «при разрезе выяснилось, что весь тонкий кишечник омертвел, также омертвела и сигмовидная кишка, в связи с чем тонкий кишечник был удален практически весь (около 3 метров), а толстый – около 60 сантиметров. Сам

факт того, что при удалении такого объема кишечника уже предполагает, что у оперированного лица практически отсутствует шанс выжить».

Однако если бы операция была проведена в первые 2 часа, кишечник бы не сгнил. Кроме того, по заключению судебно-медицинского эксперта

В. Л. Садовникова краевого бюро СМЭ, смерть Алексея Шкабары наступила в результате заболеваний – «острой двухсторонней пневмонии, осложнившейся легочно-сердечной недостаточностью, о чем свидетельствует неравномерное кровенаполнение сердечной мышцы, отеком легких и головного мозга, полнокровием внутренних органов. При исследовании крови трупа этиловый спирт не обнаружен».

А заболевание пневмонией пациент получил уже в больнице. После операции его перевели в палату интенсивной терапии. По словам родственников, в палате было холодно, а Алексей лежал раздетым. На рентгенографии органов грудной клетки от 10 ноября 2011 года у больного диагностируется верхнедолевая пневмония слева. Но никаких мер врачами не принимается. 17 ноября состояние больного врачом реаниматологом и хирургом Афиногеновым оценивается как стабильно тяжелое с положительной динамикой. Алексея переводят в хирургическое отделение. По словам врача Токарева, пациент Шкабара не ходил, питался детским питанием, пил жидкости, разговаривал, жаловался на общую слабость, конкретных жалоб не высказывал, сильных болей у него на тот период не было. Возможно, потому что он получал анальгетики.

20 ноября на дежурство заступил врач-хирург Денис Сорокин. «В течение ночи я заходил в палату и контролировал состояние больного не менее 4 – 5 раз с 1 часа ночи. Последнюю информацию, которую мне сообщила медсестра, что около 5 часов Шкабара был в сознании, разговаривал с ней, его состояние было такое же, как и прежде. То есть не было ничего, что предвещало бы смерть. 21 ноября в 7 часов я пошел на утренний обход, зашел в палату № 16 и увидел, что Шкабара лежит на полу. Подойдя к пациенту, я установил, что пациент не подает признаков жизни. Сразу же приступил к реанимационным мероприятиям. Затем пришел дежурный реаниматолог. Наши действия положительных результатов не принесли», – пояснил врач Сорокин.

30 января 2012 года состоялось заседание экспертного совета министерства здравоохранения Камчатского края под председательством заместителя министра Марины Волковой, на котором было выявлено большое количество грубых лечебно-диагностических и тактических ошибок со стороны врачей вилучинской больницы.

«... при поступлении больного А. Шкабары не проведена предоперационная подготовка, в том числе инфузионная и антибактериальная терапия. Врач анестезиолог-реаниматолог не осмотрел больного в отделении, осмотр осуществлен только на операционном столе и преждевременно, недооценив состояние больного, начал проведение анестезии.

Больной преждевременно переведен из отделения реанимации в хирургическое отделение.

Больному несвоевременно выставлен диагноз острой кишечной непроходимости, что в дальнейшем явилось результатом неправильной оценки жалоб больного на интенсивные, схваткообразные боли в животе, анамнеза заболевания (перенесенная в прошлом лапаротомия по поводу ранения поджелудочной железы), отсутствием динамического наблюдения за больным (с 01.30. до 10.00. 05.11.2011. отсутствуют

дневники дежурного врача-хирурга), неполным обследованием больного (нет рентгенографии брюшной полости в динамике, не проведено обследование с барием для контроля пассажа бария по кишечнику).

Больному не оказана своевременная стационарная помощь: оперативное лечение предпринято с большим опозданием, через 11,5 часов после поступления больного в стационар (доставлен в приемный покой в 1 час ночи 05.11.2011, в отделение поступил в 8.20. 05.11.2011, операция начата в 12.30 05.11.2011).

Вместе с тем, тяжесть расстройств при острой кишечной непроходимости имеет прямую зависимость от фактора времени. Известно, что через 2 часа при острой странгуляционной непроходимости наступает некроз кишки.

Операции по поводу острой кишечной непроходимости должны выполняться врачебной бригадой в составе не менее 2-х врачей-хирургов. (В данном случае врач-хирург Токарев Е. В. выполнял операцию один. – Авт.)

При проведении оперативного вмешательства при нахождении узлообразования с некрозом кишечника не рекомендуется «разбирать» узел, в связи с тем, что это может усугубить явление эндотоксемии.

Тяжесть больного, отсутствие возможностей в условиях ММУ «Центральная городская больница» г. Вилючинска проводить корректировку водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного состава крови, требовали консультации больного краевыми специалистами, в том числе для решения вопроса о его переводе в хирургическое отделение ГБУЗ «Камчатская краевая больница им. А.С. Лукашевского».

Недооценка тяжести больного привела к неоправданному переводу Шкабара А.А. 17.11.2011 из отделения реанимации в хирургическое отделение.

Смерть больного Шкабара А. А., 35 лет, произошла в результате тяжелого абдоминального сепсиса, осложненного синдромом полиорганной недостаточности и септическим шоком.

У специалистов, осуществлявших ведение и лечение больного, не было подозрения на такое осложнение. Обследование крови на стерильность не проводилось. Несмотря на тяжесть больного в течение всего периода его лечения врачебных комиссий по разбору тактики ведения и лечения Шкабара А.А. не проводилось. Для участия в ведении больного с пневмонией врач-терапевт не привлекался».

При этом диагноз «пневмония» не отражен ни в одном дневнике. Не выполнен рентген-контроль органов грудной клетки и ЭКГ при переводе больного в хирургическое отделение.

А 26 января данный случай был разобран на заседании врачебной комиссии в вилючинской больнице, где тоже были отмечены вышеупомянутые нарушения, а также «дефекты ведения документации: не указано время осмотра в приемном отделении; предоперационная подготовка пациента в отделении реанимации проведена, согласно карте наблюдения, но не оформлена в дневнике; не указана фамилия ассистента в протоколе операции; из записи протокола следует, что операция выполнялась одним хирургом; отсутствуют дневники осмотра заведующего отделением во время пребывания больного в отделении реанимации: 6.11.2011, 9.11.2011, 11.11.2011, 13.11.2011, 14.11.2011. В указанные дни отсутствуют также дневники лечащего врача; в эти дни больной осматривается дежурным врачом-хирургом хирургического отделения и врачом реаниматологом; отсутствует переводной эпикриз за 17.11.2011

при переводе больного из отделения реанимации в хирургическое отделение; не даны рекомендации врачом-реаниматологом по ведению пациента, нет преемственности; отсутствуют дневники осмотра лечащего врача – заведующего хирургическим отделением за 19.11.2011 и 20.11.2011; заключительный диагноз сформирован не в соответствии с общепринятой классификацией, не указан основной диагноз, сопутствующий диагноз и осложнения; в заключительный диагноз не включен сепсис; расхождение формулировки судебно-медицинского и заключительного диагнозов».

Разве все вышеизложенное не говорит о халатном отношении вилючинских хирургов к своим профессиональным обязанностям.

И что в результате?

Хирургу Афиногенову – бывшему заведующему хирургическим отделением, который в конце ноября 2011 года ушел в отпуск с последующим увольнением, сделали выговор. Хирург Токарев тоже уволился в апреле этого года. Врачам

анестезиологам-реаниматологам Корниенко И.В. и Григорьеву М.Ю. сделали замечания. Отметим, что анестезиолог Максим Григорьев ранее был судим по статье

халатность – введенная им неправильно спинномозговая анестезия стала причиной смерти роженицы в 2006 году. В 2009 году его признали виновным в совершении преступления, предусмотренного ч.2 ст.109 Уголовного кодекса Российской Федерации – причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Ему было назначено наказание в виде 2-х лет лишения свободы. Кроме того, осужденный лишился права заниматься профессиональной деятельностью сроком на 2 года.

Сколько еще нужно умертвить пациентов, чтобы горе-врачи научились лечить?