

Вопрос ----: Вы подтверждаете данное заключение?

Ответ----: Да, в полном объеме. Смерть Сорокина наступила от полиорганной недостаточности, развившейся от желчного перитонита (воспаления брюшины) при перфорации стенки желчного пузыря в результате некроза стенки пузыря с излитием желчи в брюшную полость. Между причиненными Сорокину телесными повреждениями в области живота, головы, грудной клетки, верхних конечностей и наступлением смерти прямой причинно-следственной связи нет. Врачи или судебно-медицинские эксперты в своей работе всегда проводят дифференцированную диагностику. При производстве указанной экспертизы мной была составлена таблица, в которой разбирались 2 спорных диагноза: травматический разрыв желчного пузыря и разрыв желчного пузыря при венозном инфаркте стенки желчного пузыря на фоне хронического холецистита и заболеваний печени при портальной гипертензии (жировая дистрофия, хронический гепатит). На травматический разрыв желчного пузыря должно было указывать следующее: наличие кровоизлияний в подкожно-жировой клетчатке правого подреберья в проекции желчного пузыря, наличие разрыва (перфорации) стенки желчного пузыря; сочетание с повреждением другого (рядом лежащего) органа брюшной полости (правой почки); наличие кровоизлияния в жировой клетчатке между стенкой желчного пузыря и печенью. Что было обнаружено при экспертизе и **утверждает версию о наличии у Сорокина заболевания, а именно разрыва желчного пузыря при венозном инфаркте стенки желчного пузыря на фоне хронического холецистита и заболевания печени при портальной гипертензии:**

- отсутствие крови (свертков крови) в брюшной полости, в той числе в области ложа желчного пузыря, несмотря на локализацию перфорации в проекции желчно-пузырной артерии;
- отсутствие кровоизлияний под капсулу печени на нижней поверхности правой доли и квадратной доли печени;
- отсутствие подкапсульных повреждений паренхимы (ткани) печени;
- отсутствие кровоизлияний в связках печени и желчного пузыря;
- отсутствие кровоизлияний на серозной оболочке 12-типерстной кишки;
- перфорации (разрыва) на нижней стенке тела не характерна для ударного воздействия в область правого подреберья (спереди назад и снизу вверх);
- перфорация с дефектом ткани (отсутствие части ткани стенки пузыря);
- закругленность краев перфорации;

макроскопически - отсутствие видимых свертков крови в области повреждения желчного пузыря; клинически: отсутствие жалоб потерпевшего на резкие боли в правом подреберье врачам скорой медицинской помощи; отсутствие жалоб на боли при поступлении в РБ и на протяжении 28.10.2012, 10.2012, 30.10.2012 г. Отсутствие положительного симптома Щеткина-Блюмберга, симптома Ортнера, живот при пальпации мягкий, безболезненный, не вздут, участвует в акте дыхания; кожные покровы сухие, розовые при поступлении; отсутствие каких-либо выраженных повреждений лежащих внутренних органов брюшной полости, которые могли бы сгладить симптомы разрыва желчного пузыря; появление клинических признаков развития желчного перитонита с элементами токсико-химического шока 31.10.12г. (по данным истории болезни): бледные кожные покровы, холодный пот, цианоз лица, тахикардия (до 98 ударов в минуту), пульс слабого наполнения и напряжения, вздутие живота, болезненный во всех отделах, снижение артериального давления.

появление многократной рвоты; наличие клинически синдрома Меллори-Вейсса - рвота «кофейно гущей», снижение уровня гемоглобина до 149г/л со 160 г/л (кровотечение легкой степени по литературным данным); макроскопически - при вскрытии: наличие гепатомегалии (2000г), жировой дистрофии печени; наличие содержимого, похожего на «кофейную гущу», наличие крови в содержимом кишечника: наличие трещин на слизистой нижней трети пищевода, прикрытый свертками кровью (признак синдрома Меллори-Вейсса); наличие жидкости в брюшной полости с примесью желчи (экссудат + желчь = 500 мл), окрашенность желчью внутренних органов брюшной полости; признак так называемого "хронического липоидного холецистита" (наличие жировой ткани в области желчного пузыря и прилегающей к мышечной ткани пузыря) - Холестероз (отложение холестерина в слизистой оболочке желчного пузыря, проявляющиеся нарушением его сократительной способности нарушающий отток желчи, лимфообращение (отток лимфы), как правило с наличием конкрементов (холестериновых камней); в области перфорации стенки пузыря - черно-бурый цвет стенки пузыря венозный инфаркт стенки с

кровоизлияниями во все слои стенки пузыря. Микроскопически (гистологически): признак хронического холецистита - атрофия и истончение слизистой оболочки гипертрофия мышечного слоя стенки пузыря; наличие жировой дистрофии печени и хронического гепатита (вероятнее всего алкогольный); хронический гастрит; хронический эзофагит; варикозное расширение вен пищевода (признак портальной гипертензии (фаза компенсации) - признак злоупотребления алкоголем; наличие «дефекта» субсерозной оболочки стенки желчного пузыря прикрытого свертком крови - язва (язвенно-некротический холецистит); реакция крови на хронические воспалительные процессы в организме: наличие лейкоцитоза (до 12 тыс. лейкоцитов при норме 4-9 тыс гипербилирубинемия - 28 мкмоль/л прямого билирубина при норме 8,5-20,5 мкмоль/л, снижение белка в крови до 50 г/л при норме 65-85 г/л - признаки заболевания печени (гепатозы, гепатиты, цирроз, отсутствие «желтухи» кожных покровов и видимых слизистых оболочек (что характерно было бы при травматическом разрыве в момент травмы с переживаемостью в течении 2-3х суток); отсутствие макроскопических микроскопических проявлений (за исключением клиники, описанной в истории болезни) желчного перитонита, несмотря на его асептическое течение, если бы разрыв был бы 27.10.12 невыраженность макроскопии и микроскопии перитонита по брюшине свидетельствует о его начальной стадии (первые 2-4 часа), т.е. появление 31.10.12г.; в «Макроскопическая дифференциальная диагностика патологических процессов» автор П.Ф.Калитеевский (рецензент Г.Г. Автандилов. д медицинских наук, профессор, завкафедрой патологической анатомии ЦОЛИУВ, 1987г.) указано: «...в некоторых случаях стенка сплошь пропитана кровью, приобретает темно-красную окраску, бур красную или почти черную окраску. Это происходит при резком нарушении венозного оттока образованием ограниченного, чаще тотального венозного инфаркта стенки. Слизистая оболочка пузы рыхлая, с многочисленными неправильной формы язвами...». Макроскопически: черный оттенок стенки пузыря с пропитыванием кровью; гистологически: кровоизлияния во всех слоях стенки наличие дефекта (язвы) серозной оболочки пузыря; Литературные данные: изолированное повреждение желчного пузыря - казуистика. На анализе некоторых авторов иностранной и отечественной медицинской литературы - встречаемость данного вида повреждения при травме живота около 0,5%-1 по данным некоторых до 1,5-2,0%, т.е. 1 случай на 100 случаев различной травмы живота. Данные цифры относительные. Случаи травмы желчного пузыря делятся на открытые и закрытые повреждения. Открытые: огнестрельные и колото-резаные; закрытые: ушибы (контузии), разрывы пузыря и отры пузыря от его ложа, повреждения желчных протоков. Основными причинами при закрытых травм желчного пузыря являются, в основном, случаи ДТП, падения с большой высоты, ударная волна при взрывах, и в очень редких случаях прямые удары (но не говорится, какие конкретно удары и чем). Эксперименты, проведенные на биологических объектах («здоровые» болезненно измененные желчные пузыри») в ---- отделении: возраст умерших от 35 до 90 лет (30 умерших) - производились прямые удары по желчному пузырю снизу вверх кулаком, ногой, сжатие пузыря рукой том числе на пузырях, отделенных от печени. Ни в одном случае получить разрыв стенки в области дна не удалось. Зато во всех случаях образовались повреждения капсулы и паренхимы печени. Ушибы никогда не перфорируются.

При составлении заключения мной использовалась следующая литература:

1. «Анатомия человека», 1985год, под редакцией Привеса М.Г.
2. Малая медицинская энциклопедия, 1991г. под редакцией АМН СССР В Покровского, где указано, что «венозный инфаркт» - это инфаркт при нарушении оттока венозной крови в полых органов по какими-либо причинам. Желчный перитонит протекает как асептический токсико- химический, чаще всего с развитием шока. При этом изменения слабо выражены. «При прободении полого органа в экссудате может быть ... примесь желчи).
3. «Закрытые повреждения живота», 1978 год, С.З. Горшков, В.С. Волков
4. «Морфология закрытой травмы груди и живота», 1988год, Сапожников М.А.
5. «Диагностика основных видов травматического воздействия при траЕ органов живота тупыми предметами», 2001 год Ю.И. Соседко
6. «Справочник практического врача» под редакцией академика АМН СССР А Воробьева, 1993год.
7. «Судебная медицина. Руководство» В.В. Хохлов, И.Е. Кузнецов.

8. «Острый перитонит», 1993 год, В.Я. Глумов, Н.А. Кирьянов, Е.Л. Баженов
Могу также пояснить следующее, что в случае, если бы разрыв желчного пузыря у Сорокина произошел бы в момент получения им телесных повреждений, то есть 27.10.12г.. то должны были иметь место следующие симптомы:

- жалобы на резкую боль в правом подреберье в первые часы после травмы, даже без разрыва стенки;
- напряженность (упругость) передней брюшной стенки в области правого подреберья, грудной тип дыхания (т.е. щадящий режим для живота), возможно позывы на рвоту или наличие рвоты;
- с учетом длины перфорации стенки (разрыв длиной 3 см, а размер самого желчного пузыря от 5 до 8 см) - вероятнее всего, развитие шока (токсико-химического генеза в сочетании с болевым): холодный пот, тахикардия (учащенное сердцебиение), снижение артериального давления и т.д.;
- наличие хотя бы кровоизлияния под капсулой печени на нижней поверхности в области желчного пузыря (как минимум); наличие крови и свертков крови в области желчного пузыря; наличие кровоизлияний в области связок между воротами печени и желудком, 12-типерстной кишкой, в области круглой и серповидной связках печени (в результате смещения печени от удара);
- должна была бы быть на 2-ой или 3-й день желтуха кожных покровов и видимых слизистых оболочек при условии «неполного» разрыва стенки пузыря в момент травмы в результате всасывания желчи в кровь.

Однако данных симптомов у Сорокина не имелось.

Вопрос ----: Почему не мог произойти разрыв желчного пузыря от удара посторонним предметом?

Ответ ----: Если человек находится в лежачем положении, то печень с желчным пузырем поднимаются (прячутся) в подреберье, если наносить удар в подреберье, нужен не просто резкий, хлесткий удар, но ещё и с учетом того, что желчный пузырь - это полый орган, поэтому его повреждения (травматического разрыва) необходимо его сжатие с боков с двух сторон. Желчный пузырь при травмах рвется изолированно при очень сильном ударе. До этого я уже говорил, что в основном это случаи ДТП, падение с большой высоты, ударная волна при взрывах. Чтобы желчный пузырь порвался, его нужно очень сильно придавить. При этом, если произошел разрыв нижней стенки желчного пузыря, то должно было происходить его сжатие с боков с двух сторон.

Вопрос ----: Когда именно произошел разрыв стенки желчного пузыря?

Ответ ----: в день смерти Сорокина - 31.10.12.

Вопрос ---: Почему смерть от перитонита наступила настолько быстро?

Ответ ---: Смерть наступила так быстро в связи с тем, что у Сорокина имел место большой разрыв желчного пузыря (около 3 см), в организм поступала желчь, и произошло токсическое отравление, так как желчь очень агрессивная жидкость. Операция в подобных случаях требуется в течение 2-4 часов.

Вопрос ----: Что привело к возникновению венозного инфаркта желчного пузыря?

Ответ ----: Хронический гепатит, к тому же предциррозное состояние. Если бы Сорокин не умер, то через 2-3 месяца у него развился бы цирроз печени.

Вопрос ---: Почему гистологи и клиницисты не указывают на наличие перитонита, а в заключении СМЭ трупа Сорокина Вы указываете его как основную причину смерти?

Ответ ----: Клиническая и морфологическая картина показывает, что первые часы при массивных излияниях желчи в организм развивается химико-токсичный шок и анатомически протекающий асептично. Гистолог указал, что смерть наступила до 4-х часов развития перитонита, гистологическим путем перитонит можно установить в том случае, если он развивается свыше 4-х часов. Таким образом, перитонит не дошел до той фазы, чтобы гистолог его обнаружил. Почему клиницисты не заметили развития перитонита, я не знаю, но они признали наличие данного заболевания у данного больного.

Вопрос ----: Какие признаки интоксикации организма у Сорокина ?

Ответ ----: Рвота, холодный пот, падение пульса, падение давления, тахикардия, учащенное сердцебиение.

Вопрос ----: Хронический холецистит должен перейти в острый, чтобы порвался желчный пузырь?

Ответ ----: Хронический холецистит в острый не переходит, а вот острый может перейти в хронический. У Сорокина произошел венозный инфаркт стенки желчного пузыря при нарушении оттока венозной крови, так как имеется хронический гепатит, жировой гепатоз и портальная гипертензия. С этим связан застой венозной крови, т.е. венозный инфаркт. Клинически Сорокин был здоровым человеком.

Вопрос ---: Имелись ли язвы на желчном пузыре у Сорокина ?

Ответ ----: Конечно имелись, в гистологическом исследовании указано, что имелся дефект субсерозного слоя, прикрытый свертками.

Вопрос ----: Если бы разрыв желчного пузыря произошел в результате удара по нему посторонним предметом вечером 27.10.2012г., смерть Сорокина когда бы наступила?

Ответ ----: Если бы разрыв стенки желчного пузыря имел место 27.10.2012г., то смерть Сорокина наступила бы в первые часы и не позднее 28.10.2012г., у Сорокина была бы резкая боль в правом подреберье, развился бы токсический шок от попадания желчи в брюшную полость, каковых согласно представленным медицинским документам у Сорокина при поступлении его в больницу не было. Более того из медицинских документов следует, что в период с 28.10.2012г. по 30.10.2012г. у стационарного больного Сорокина вообще отсутствовали какие-либо симптомы, указывающие на разрыв желчного пузыря. Если допустить, что у Сорокина произошел бы травматический разрыв желчного пузыря, то помимо кровоизлияний в передней брюшной стенке живота в проекции желчного пузыря, имели бы место кровоизлияния в области связок печени, кровоизлияния под капсулой печени на нижней поверхности печени, а также была бы кровь в брюшной полости с примесью желчи.