[Информация по делу](https://koryazhmasud--arh.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&n_c=1&case_id=102352782&case_uid=f954b894-63d0-4202-893a-f48dc2792c33&delo_id=1540006&new=0)

Дело № 1–12/2019

ПРИГОВОР

именем Российской Федерации

30 августа 2019 года город Коряжма

Коряжемский городской суд Архангельской области в составе:

председательствующего Шевелева С.В.,

при секретаре Лопаткиной А.В.,

с участием государственных обвинителей – заместителя прокурора города Коряжмы Тюленева С.В., а также старшего помощника прокурора города Коряжмы Сбродова Н.П.,

потерпевшего Потерпевший №1, его представителя – адвоката Жданова Е.В.,

подсудимого Авилкина Э.В., его защитника - адвоката Болтушкиной И.А.,

рассмотрел в открытом судебном заседании уголовное дело в отношении

Авилкина Э. В., <данные изъяты>, не судимого,

по уголовному делу в порядке ст. 91 УПК РФ не задерживался, избрана мера пресечения - подписка о невыезде и надлежащем поведении.

- по обвинению в совершении преступления, предусмотренного ст. 109 ч.2 Уголовного кодекса Российской Федерации,

УСТАНОВИЛ:

    Авилкин Э.В. по неосторожности причинил смерть Н. вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей.

    Преступление совершено при следующий обстоятельствах.

    Авилкин Э.В., являясь на основании приказа главного врача Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области от ДД.ММ.ГГГГ № «О приеме работника на работу» заведующим отделением – врачом-акушером-гинекологом стационара / акушерского отделения , имеющим право осуществлять медицинскую деятельность на основании диплома серии № от ДД.ММ.ГГГГ по специальности «Лечебное дело» с присуждением квалификации врача, удостоверения № о присвоении квалификации врача акушера-гинеколога, имея, согласно приказа министра здравоохранения и социального развития Архангельской области от ДД.ММ.ГГГГ №, высшую квалификационную категорию по специальности «Акушерство и гинекология», будучи обязанным:

согласно ч. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации от 12.12.1993 и п. 15. ч. 1 ст. 2, п. 1 ст. 18, п. 1 ст. 19, ч. 2 ст. 70 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ обеспечить право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, организовать своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента;

согласно ст. 71 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека, быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к пациенту, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств;

согласно п. 2.2.1. трудового договора № от ДД.ММ.ГГГГ, добросовестно выполнять свои трудовые обязанности, предусмотренные действующим законодательством, данным трудовым договором, должностной инструкцией, другими локальными нормативными актами, распорядительными документами «Работодателя»;

согласно пунктам 2.1.1., 2.1.10, 2.1.11., 2.1.20., 2.1.21., 2.1.35., 2.2.1. должностной инструкции заведующего акушерским отделением стационара оказывать квалифицированную медицинскую помощь по своей специальности, используя своевременные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, разрешенные для применения в медицинской практике; на основании клинических наблюдений и обследований, сбора анамнеза, данных клинико-лабораторных и инструментальных исследований устанавливать (или подтверждать) диагноз; в соответствии с установленными правилами и стандартами назначать и контролировать необходимое лечение, организовывать или самостоятельно проводить необходимые диагностические, лечебные, реабилитационные и профилактические процедуры и мероприятия, рационально использовать лекарственные препараты; контролировать правильность проведения диагностических и лечебных процедур, эксплуатацию инструментария, аппаратуры и оборудования; руководить работой подчиненного ему среднего и младшего медицинского персонала, распределять функции и объемы работы между персоналом и оформлять это документально, контролировать выполнение персоналом своих должностных обязанностей; организовывать и контролировать работу операционного блока, участвовать в проведении плановых и экстренных операций, требующих его квалификации; добросовестно исполнять свои трудовые обязанности, возложенные на него трудовым договором;

в нарушение требований приведенных нормативных документов, исполняя свои профессиональные обязанности и оказывая медицинскую помощь Н., <данные изъяты>, выполняя плановую операцию гистероскопию (медицинскую манипуляцию, предназначенную для диагностики внутриматочных патологий с использованием прибора гистероскопа), направленную на устранение у Н. полипа цервикального канала, нарушил технику выполнения данной операции, что повлекло по неосторожности для него (Авилкина Э.В.) причинение смерти Н. вследствие ненадлежащего исполнения им (Авилкиным Э.В.) своих профессиональных обязанностей при следующих обстоятельствах.

ДД.ММ.ГГГГ в период с 08 часов 25 минут до 11 часов 15 минут он (Авилкин Э.В.), находясь в помещении операционной №, расположенной по адресу: <адрес>, не учитывая физиологические особенности женского организма, а именно 4-й день менструального цикла у пациентки Н., при котором происходит естественное отторжение эндометрия с кровотечением, то есть с естественным повреждением сосудов, вследствие чего, не предвидя возможности наступления общественно опасных последствий своих действий, в виде возможного развития осложнения операции гистероскопия – воздушной эмболии, обязательным условием которой является возможность проникновения воздуха в кровеносный сосуд через повреждение его стенки во время операции, с увеличением риска появления указанного осложнения при нахождении пациентки во время операции на спонтанном дыхании, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности и обладая специальными познаниями должен был и мог предвидеть эти последствия, участвуя совместно с врачом акушерского отделения Свидетель №2 и врачом анестезиологом-реаниматологом Свидетель №1 в проведении плановой операции гистероскопия пациентке Н., которая находилась во время операции на спонтанном дыхании, лично, в нарушение своих профессиональных обязанностей, по небрежности, после совершения манипуляций по расширению цервикального канала у Н. до № расширителем Гегара, ввел в цервикальный канал пациентки гистероскоп со световодом, подключенный системой трубок к аспиратору – ирригатору для брюшной полости, модели АИ-01-«МФС», S/N1165, инвентарный №, фирмы «Медфармсервис», не предназначенный по своим техническим характеристикам для операций гистероскопия, но применяемый в аналогичных операциях специалистами данной больницы в качестве ирригатора, по причине отсутствия в учреждении аппарата, поддерживающего постоянное давление при операциях гистероскопия, то есть гистеропомпы, используемый для подачи жидкости в операционное поле под давлением для расширения полости матки и улучшения обзора (система ирригации), используя в качестве жидкости 5% водный раствор глюкозы, заведомо зная о необходимости бесперебойной подачи ирригирующей жидкости во время работы системы ирригации и возможности наступления в противном случае осложнения в виде воздушной эмболии в ходе проведения операции гистероскопия, самонадеянно рассчитывая на предотвращение осложнения – воздушной эмболии у пациентки Н., допустил нарушения техники выполнения манипуляции гистероскопия, а именно: не обеспечил должного контроля за поступлением ирригирующей жидкости (5% водный раствор глюкозы) в систему ирригации и своевременно не прекратил работу данной системы, допустив одномоментное попадание значительного объема воздуха (более 100 мл) в половые пути и кровеносную систему Н. под давлением из системы ирригации, которые явились причиной развития у пациентки в ходе проведения операции (ДД.ММ.ГГГГ с 08 часов 25 минут до 11 часов 15 минут) воздушной эмболии, находящейся в прямой причинно-следственной связи со смертью Н., наступившей в 11 часов 15 минут ДД.ММ.ГГГГ в реанимационном отделении по адресу: <адрес>.

В судебном заседании Авилкин Э.В. вину не признал, суду показал, что в ... году занимал должность заведующего акушерским отделением больницы при этом не имел полномочий влиять на работу лечащих врачей других структурных подразделений больницы в том числе гинекологического отделения, за исключением случаев участия в консилиуме, совместном осмотре, консультации по тактике ведения и лечения больного, по решению заведующих структурных отделов. Не отрицает, что ДД.ММ.ГГГГ совместно с врачом - гинекологом Свидетель №2 принимал участие в операции гистероскопия, которая проводилась у пациентки Н.. Начинала манипуляции Свидетель №2 – расширила цервикальный канал, затем операцию продолжил он. Гистероскоп был в исправном состоянии, все работало, система была заполнена жидкостью, воздуха не было. При осмотре цервикальный канал был бледного цвета, полип не обнаружен, в матку «зайти» не успели, так как в это время анестезиолог Свидетель №1 спросила все ли у них нормально. Он ответил, что все нормально, спросил, что случилось. Свидетель №1 ответила, что Н. посинела, после чего все манипуляции с гистероскопом были сразу же прекращены, инструменты из влагалища были удалены. Далее Н. стали оказывать реанимационные мероприятия. Ранее операции гистероскопия проводил неоднократно, гистероскопия у Н. проводилась в обычном порядке. Как воздух оказался в кровеносной системе не понимает. На мониторе воздуха как такового не было, повреждения сосудов не было, петлей гистероскопа не работал, указания санитарке срочно переключать пустую емкость на полную не давал. Отмечает, что воздух в данном случае в сосудистое русло мог попасть: при повреждении крупного сосуда, наличии нормального градиента давления в сосудистом русле и механическом нагнетании чистого воздуха в сосудистое русло, в микрососуды одномоментно более 100 мл воздуха не попадёт: при повреждении крупного сосуда, наличии отрицательного градиента давления в сосудистом русле и активном поступлении воздуха из окружающей среды либо при повреждении сосудов и при наличии отрицательного градиента давления в сосудистом русле возможно пассивное поступление воздуха в сосудистое русло из окружающей среды. Но во всех случаях должно было быть наличие достаточно обильного кровотечения, которое ни в одной медицинской документации не было зафиксировано. При объёме матки 5-6 куб. см. чтобы получить одномоментную воздушную эмболию в объёме не менее 100 мл, необходимо ряд условий, а именно во время гистероскопии пациентка находилась бы в положение Тренделенбурга, был поврежден крупный сосуд и имелся пустой флакон для подачи жидкости с воздухом, который был бы не перекрыт и откуда бы поступал воздух в систему трубок. Указанное опровергается свидетельскими показаниями и данными судебно-медицинского исследования. Наличие же пузырьков воздуха (по словам свидетеля) на экране монитора доказывает наличие жидкости в полости матки, в противном случае пузырьков не было бы видно. По законам физики жидкость с пузырьками воздуха через микрососуды с наличием в них жидкости (крови) не может попасть, тем более одномоментно. Отмечает, что время наступления воздушной эмболии не установлено. Одномоментное поступление не менее 100 мл воздуха в вены эндометрия и миометрия, диаметр которых не превышает 0,005—0,01 мм., невозможно даже без учёта того, что эндометрий функционально неполноценный, данный факт нельзя опровергнуть или подтвердить так как отсутствуют данные гистологического исследования эндометрия. Согласно имеющимся данным судебно-медицинского вскрытия и судебно-гистологического заключения, заключений экспертов повреждений матки с придатками и параметральной клетчатки, магистральных сосудов, венозных синусов, а также наличие признаков воздуха в других органах не выявлено, источник ворот воздушной эмболии не установлен. Вся операция диагностическая гистероскопия проводилась согласно общепринятой методике. Общая продолжительность операции была 8 мин, нахождение гистероскопа в полости матки не более 20-30 сек. Гистероскопия была немедленно прекращена после указания анестезиолога, и никаких манипуляций не проводилось, все инструменты были удалены, но состояние больной несмотря на проводимые реанимационные мероприятия, постепенно ухудшалось и смерть наступила через 1 час 32 минуты, а это может означать, что теоретически не исключается возможность пассивного поступления воздуха малыми объёмами из неустановленного источника достаточно длительное время.

Несмотря на отрицание подсудимым своей вины, его виновность подтверждается следующими доказательствами.

Потерпевший Потерпевший №1 суду показал, что утром ДД.ММ.ГГГГ он отвез свою жену в больницу на операцию, договорившись, что после обеда заедет и заберет её домой. Около 13 часов дня ему позвонила незнакомая женщина и попросила подойти в 303 больницу. Он приехал - в кабинете находился главный врач Свидетель №15 и его заместитель Свидетель №10, которые сообщили, что жена скончалась на операционном столе. Причиной смерти предположительно явилась воздушная эмболия, которая, как они считали, возникла вследствие ошибки врачей. До операции супруга обращалась к гинекологу, там ей сообщили, что имеются подозрения на полип женских органов, отправили на УЗИ, где диагноз подтвердили, после чего стали готовить к операции.

Свидетель Свидетель №2 суду показала, что в больницу ДД.ММ.ГГГГ в плановом порядке для удаления полипа поступила пациентка Н.. Жалоб при поступлении не было. Ею и анестезиологом Свидетель №1 пациентка была осмотрена, после чего с Авилкиным было согласовано время начала операции. На момент осмотра менструально-подобных выделений у женщины не было, выделения были слизистые. Она вошла в операционную, пациентка уже лежала на столе в горизонтальном положении готовая к операции, Авилкин в это время готовился к операции. Сама операция началась примерно в 09 – 09.30 часов. На операции присутствовали анестезиолог Свидетель №1, медсестра Свидетель №5, операционная медсестра Свидетель №3 и санитарка Свидетель №4. Она (Свидетель №2) приступила к операции, женщина была обработана согласно протоколам, половые органы были обработаны антисептиком, шейка матки была в зеркалах, матка была взята на пулевые щипцы и измерена зондом, начат процесс расширения цервикального канала с помощью расширителя Гегара, после чего к операции приступил Авилкин, расширил цервикальный канал до №, взял гистероскоп, проверил его готовность, открыл кран, жидкость вытекала медленной струёй, и начал гистероскопию. Он ввел гистероскоп в цервикальный канал, показал, что полипа нет, и на этом все остановилось, потому что анестезиолог Свидетель №1 сообщила, что женщина посинела и захрипела. В ходе операции была сменена одна бутылка - когда началось непосредственно произведение гистероскопии, операционная сестра сказала санитарке, что необходимо сменить бутылки. Сама операция длилась несколько минут. При работе гистероскопом изображение выводится на цветной монитор, видимость хорошая. Могла ли анестезиолог Свидетель №1 физически видеть экран монитора, ответить не может, но монитор был направлен на оперирующую бригаду. Во время операции из половых органов истекала жидкость окрашенная кровью, что в данном случае естественно. Никакого кровотечения как такового не было. Сам гистероскоп был исправен и готов к работе, система была заполнена. За состоянием бутылок во время операции следила операционная медсестра, так как врач не может контролировать одновременно и состояние пациентки и содержимое бутылок и выполнять манипуляцию. Так как один флакон практически полностью заполняет системы трубок и во флаконе остается небольшое количество жидкости, это в любой операции, поэтому первый флакон меняется очень быстро с начала операции. Авилкин указаний о смене бутылок не давал. По проведению самой операции гистероскопии имеются методические пособия, каких либо специальных нормативов нет. Все действия в отношении Н. проводились в соответствии с существующими методическими рекомендациями. Что послужило причиной развития воздушной эмболии ей не известно. Во время реанимационных мероприятий у Н. анестезиологи откачивали пенистую массу в шприц несколько раз.

Из оглашенных в порядке ст. 281 ч.3 УПК РФ показаний данного свидетеля следует, что ДД.ММ.ГГГГ утром в гинекологическое отделение для проведения операции – плановой гистероскопии поступила по направлению врача женской консультации пациентка Н.. Около 09 часов она позвонила заведующему акушерским отделением Авилкину, которому сообщила, что на 09 часов 30 минут ДД.ММ.ГГГГ назначена операция – гистероскопия и ему необходимо прибыть в операционную гинекологического отделения. Авилкина она пригласила в связи с тем, что он является главным специалистом акушерской гинекологической службы больницы и участвует в проведении всех гинекологических операций, в связи с отсутствием постоянного заведующего гинекологического отделения. Операция у Н. была плановой, то есть она поступила с полным обследованием для оперативного лечения по направлению врача женской консультации Свидетель №6. Целью операции являлось обнаружение у Н. полипа в цервикальном канале и его последующее удаление. Н. поступила на операцию для оперативного лечения с целью удаления полипа, который был у нее диагностирован по данным УЗИ. В 09 часов.25 минут ей сообщили, что пациентка Н. готова к операции и нужно подойти в операционный блок. Около 09 часов 30 минут она зашла в операционную, где на операционном столе в горизонтальном положении, на спине находилась Н., в это же время в операционную подошел Авилкин. Помимо них в операционной находились: операционная медсестра Свидетель №3, санитарка операционного отделения, врач-анестезиолог Свидетель №1. Стерильный гистероскоп находился в собранном состоянии, готовый к работе. Когда Авилкин зашел в операционную, то спросил у операционной медсестры, проверяла ли она исправность гистероскопа, и получил утвердительный ответ. В 09 часов 30 минут, когда все были готовы к операции, врач - анестезиолог Свидетель №1 вместе с другим анестезиологом стали давать Н. внутривенно наркоз. В 09 часов 35 минут Свидетель №1 сообщила, что можно приступать к операции. Операцию должна была проводить она, а при необходимости ей должен был помочь Авилкин. Она приступила к операции, обработала операционное поле – Н.. После этого взяла ложкообразное зеркало, которое ввела Н. во влагалище, далее взяла пулевые щипцы, которые наложила на шейку матки, взяла зонд, которым измерила длину полости матки, длина составила 6 см., после чего начала с использованием расширителей Гегара расширять цервикальный канал (шейку матки) у Н.. Цервикальный канал был расширен до №. После того, как канал был расширен до №, то к дальнейшей операции приступил Авилкин, так как у нее медицинские манипуляции происходили медленно, а Авилкин обладал большим опытом работы. Продолжить операцию вместо нее, Авилкин предложил сам. Он расширил цервикальный канал до № и приступил к гистероскопии. Авилкин взял гистероскоп, открыл кран, вода вытекала из него самотеком, после этого ввел гистероскоп в цервикальный канал шейки матки Н.. После ввода гистероскопа в цервикальный канал она (Свидетель №2) смотрела на монитор гистероскопа для обнаружения полипа. Слизистая цервикального канала была бледно-розовая, никакого полипа обнаружено не было. Гистероскоп находился в цервикальном канале меньше минуты. В 09 часов 43 минуты Свидетель №1 спросила у них все ли в порядке, Авилкин ответил, что да. Свидетель №1 сообщила, что у Н. посинело лицо. В это же время, то есть в течение нескольких секунд, Свидетель №3 сказала присутствующей санитарке о необходимости менять заканчивающуюся бутылку с жидкостью, которая была подключена к гистероскопу. В тот момент, когда Свидетель №1 сообщила о том, что лицо у Н. посинело, все манипуляции с гистероскопом были прекращены, он был удален из цервикального канала. На экране гистероскопа, она (Свидетель №2) никаких пузырьков воздуха не видела. Из шейки матки вытекала жидкость, которую вводили при гистероскопии, которая была слегка окрашена кровью. В дальнейшем Н. стали оказывать реанимационные мероприятия, однако Н. скончалась, причиной ее смерти явилась воздушная эмболия .

    Возражений относительно оглашенных показаний от свидетеля не поступило.

Свидетель Свидетель №3 суду показала, что она готовила операционный стол, проверила систему на герметичность, затем, при помощи педали заполнила трубки, соединила гистероскоп, оптику, осветитель. Система была исправна. Затем привезли пациентку. Во время операции в операционной также находились анестезиолог Свидетель №1, анестезистка Свидетель №5, санитарка Свидетель №4, Авилкин и Свидетель №2. Начала манипуляции Свидетель №2, а затем операцию продолжил Авилкин, который и работал непосредственно гистероскопом. Она (Свидетель №3) подавала и держала инструменты, также в обязанности входило смотреть за бутылками, раствором в них и давать вовремя команду о пережатии бутылки, в которой заканчивается жидкость и открытии второго флакона. Во время операции один флакон был использован полностью, на втором флаконе операция закончилась, так как пациентке стало плохо. В ходе операции она видела монитор, картинка была ясная, видела, как сначала отмывалась полость шейки матки от содержимого, все вытекало самотеком в лоток. Все располагались следующим образом - если смотреть на женщину, монитор находился слева, слева находилась система трубок, бутылки, там же стояла санитарка Свидетель №4, дальше у операционного стола слева стоял табурет, на котором сидела Свидетель №1 и держала маску на лице пациентки. Справой стороны, в районе руки стояла Свидетель №5, далее, после Свидетель №5, справа стояла она (Свидетель №3), стол операционный и на табурете сидел Авилкин, а сзади него стояла Свидетель №2. Считает, что Свидетель №1, когда сидела не могла видеть экран монитора. Во время операции гистероскоп находился в полости Н. недолго, сама операция длилось несколько минут. Далее Свидетель №1 начала сердечную реанимацию, вводили лекарственные препараты, тут же прибежали Свидетель №12, Свидетель №9, делали кардиограмму, снимок, катетеризацию. Какого-либо маточного кровотечения либо кровотечения из половых путей пациентки она не видела, в лоток истекала лишь жидкость розового цвета.

    В порядке ст. 281 ч.3 УПК РФ были оглашены показания свидетеля Свидетель №3 из которых следует, что ДД.ММ.ГГГГ она была распределена на операцию гистероскопия. Около 08 часов 15 минут она стала готовиться к операции, а именно накрывала стерильный стол с необходимыми для операции инструментами, собрала гистероскоп, проверила трубки для подачи раствора и воздуха на целостность, подсоединила их к гистероскопу и двум флаконам (через тройник) с раствором 5% глюкозы, к аспиратору–ирригатору, подающим под давлением воздух в флаконы с жидкостью для гистероскопа. При помощи педали от аппарата аспиратора-ирригатора заполнила систему трубок гистероскопа жидкостью. На заполнение системы ушло 400 мл. раствора. Все эти приготовления она делала с помощью санитарки операционного блока Свидетель №4. Собрав и проверив систему гистероскопа, она подсоединила к гистероскопу осветитель и видеокамеру. Все приготовление к операции заняло около 25-30 минут. Пациентку Н. привезли в гинекологическую операционную № операционного блока в 09 часов 15 минут. В операционной присутствовал врач-анестезиолог Свидетель №1, далее подошла медсестра -анестезистка Свидетель №5. Н. на операционном столе была уложена на спину, ноги на держатели, операционный стол находился в горизонтальном положении. Свидетель №1 и Свидетель №5 стали вводить Н. наркоз. После достижения Н. наркозного сна и обработки операционного поля врачом Свидетель №2, началась операция. Операцию начала Свидетель №2. Буквально через минуту после начала операции подошел заведующий акушерского отделения Авилкин. Рядом с системой подачи глюкозы находилась санитарка Свидетель №4, врач сидел между ног пациентки на табурете, анестезиолог сидела на табурете у головы Н. и держала маску на ее лице. Свидетель №2 стала расширять шейку матки пациентки при помощи расширителей Гегара. Далее Свидетель №2 поменялась местами с Авилкиным, который продолжил манипуляцию по расширению шейки матки. Свидетель №2 стояла за его спиной и наблюдала за ходом операции. Когда Авилкин взял в руки гистероскоп, то перед тем как ввести его в цервикальный канал шейки матки, она (Свидетель №3) дала команду операционной санитарке Свидетель №4 открыть зажим на системе подачи глюкозы с первого флакона. Авилкин открыл кран на гистероскопе, из которого выливалась глюкоза, после чего ввел гистероскоп в шейку матки Н.. На мониторе появилась картинка, глюкозой отмыли лишнюю кровь, появилась четкая картинка полости шейки матки Н.. Она наблюдала за флаконами с глюкозой, и увидев, что первый флакон с жидкостью стал заканчиваться, дала команду санитарке Свидетель №4 перекрыть систему от первого флакона, что она и сделала, зажав трубку специальным зажимом. Далее дала команду открыть второй флакон. Сняв зажим, Свидетель №4 открыла второй флакон. Когда Свидетель №4 открыла зажим второго флакона, то по трубке потекла жидкость, при этом система была заполнена, в это же время санитарка меняла пустой флакон глюкозы на заполненный, а именно подсоединяла перекрытую систему подачи глюкозы к третьему флакону с глюкозой. Когда Свидетель №4 выполнялись данные манипуляции, закончился второй флакон с глюкозой, и ей была дана команда перекрыть второй флакон и открыть третий, который был уже установлен на стойке и готов к использованию. Свидетель №4 все выполнила, перекрыла зажимом второй флакон, и открыла зажим на третьем уже подсоединенном флаконе. В этот момент по требованию анестезиолога Свидетель №1 операция была прекращена. Она (Свидетель №3) дала команду Свидетель №4 перекрыть систему подачи глюкозы, Авилкин извлек из шейки матки гистероскоп и все инструменты из влагалища. После извлечения гистероскопа из влагалища пациентки вытекала жидкость розового цвета без пузырьков воздуха. Причиной прекращения операции явилось то, что у Н. посинело лицо. Анестезиологи начали проводить реанимационные действия с Н., в дальнейшем ее переместили в реанимационное отделение больницы. После ей стало известно, что Н. умерла, причиной смерти явилась воздушная эмболия .

С данными показаниям свидетель в целом согласилась, уточнив, что операция закончилась на половине второй бутылке.

В ходе следственного эксперимента от ДД.ММ.ГГГГ свидетель Свидетель №3 на месте продемонстрировала манипуляции по сборке гистероскопа .

Указанные обстоятельства в судебном заседании свидетель Свидетель №3 подтвердила, пояснив, что когда стали проводить следственный эксперимент, узнали, что аспиратор-ирригатор списан и не работает.

Свидетель Свидетель №4 суду показала, что работала в должности санитарки и присутствовала при операции Н., которую проводил Авилкин. В ходе операции она по указанию медсестры Свидетель №3 меняла бутылку с жидкостью, на второй бутылке операцию прекратили, так как пациентке стало плохо.

В порядке ст. 281 ч.3 УПК РФ были оглашены показания свидетеля Свидетель №4, данных в ходе предварительного следствия.

Так будучи допрошенной ДД.ММ.ГГГГ Свидетель №4 показала, что ДД.ММ.ГГГГ она была распределена в третью операционную, которая считается гинекологической. В 08 часов 35 минут она с Свидетель №3 стали готовить операционную для операции гистероскопии. Она помогала медсестре Свидетель №3, одела ее в стерильную одежду, раскрыла стерильные биксы, Свидетель №3 готовила для операции гистероскоп. В 09 часов 15 минут Н. доставили в шлюз, где она одела ей шапочку и бахилы, после чего повезла в операционную, где больная переместилась на операционный стол. Во время операции Н. в операционной также присутствовали врачи Авилкин, Свидетель №2, медсестра - анестезистка, врач-анестезиолог Свидетель №1. Во время операции Свидетель №3 дала ей указание переключить бутылки с глюкозой на гистероскопической стойке, на которой перед началом операции было установлено две бутылки с глюкозой, соединенные через тройник с трубкой подачи жидкости в гистероскоп. Одна из бутылок с глюкозой закончилась, и медсестра дала ей указание переключиться на вторую бутылку, а именно перекрыть зажимом трубку закончившейся бутылки с глюкозой, снять зажим с полной бутылки глюкозы, открыв ее таким образом. Всего на стойке висело две бутылки с жидкостью. На место пустой бутылки (первой), она установила полную (третью бутылку). Когда закончилась вторая бутылка с глюкозой, то Свидетель №3 сказала ей переключать систему на третью бутылку. Она перекрыла вторую пустую бутылку зажимом, открыла зажим третьей бутылки. Далее Свидетель №3 сказала ей перекрыть бутылку, что она и сделала. Пациентка Н. посинела, ей стали оказывать реанимационные мероприятия, но она умерла .

    Допрошенная в качестве свидетеля ДД.ММ.ГГГГ Свидетель №4 дополнила, что при проведении данной операции она находилась рядом с гистероскопической стойкой. В проведении операции она сама никак не участвовала, выполняла указания врача Авилкина и старшей медсестры Свидетель №3. При поступлении ей указания, она меняла бутылки с глюкозой. Пустые бутылки из под глюкозы она перекрывала зажимами. В момент переподключения бутылок с пустой на полную, воздух попасть не мог. После того, как она перекрыла вторую бутылку зажимом, и открыла третью бутылку, то прокапала с третьей бутылки глюкоза недолго, так как Свидетель №3 сказала ей перекрыть бутылку, что она и сделала. Н. стало резко плохо, после чего начались реанимационные мероприятия. Позже ей стало известно, что Н. умерла. Две бутылки с глюкозой, использованные в ходе операции, были абсолютно пустыми, она переключала бутылки с глюкозой с первой на вторую и со второй на третью лишь по указанию врача Авилкина и старшей медсестры Свидетель №3, сама их переподключать без их указания не имела права. Авилкин, проводя операцию, периодически смотрел на экран гистероскопа, который находился слева от него, на расстоянии около метра под углом примерно 90 градусом, и для того, чтобы ему в него посмотреть, ему приходилось каждый раз немного поворачивать голову от туловища Н.. Во время операции была ситуация, при которой врач Авилкин обращаясь к медсестре Свидетель №3, сказал «срочно поменяйте бутылку!», что она и сделала. Произошло это когда она меняла на вторую полную или на третью полную бутылку глюкозы .

Относительно указанных показаний свидетель пояснила, что третьей бутылки не было и Авилкин не кричал, что необходимо срочно поменять бутылку. Такого следователю она не говорила. Остальное все верно.

Свидетель Свидетель №1 суду показала, что ДД.ММ.ГГГГ работала анестезиологом-реаниматологом и должна была проводить наркозы в гинекологическом отделении. Утром планировалась гистероскопия у пациентки Н.. Он осмотрела пациентку, посмотрела документацию, которая была при ней, собрала анамнез - противопоказаний к проведению анестезии и вмешательства не было. Она ушла готовится в операционную вместе с анестезисткой. Примерно в 09 часов 10 минут привезли пациентку, начали анестезию, и врач Свидетель №2 приступила к операции. Далее Свидетель №2 сказала, что она не может расширить цервикальный канал и дальнейшие действия стал проводить Авилкин. Все было стабильно, наркоз шел, следящая аппаратура показывала, что все показатели гемодинамики, дыхания были в норме. Потом сообщили, что цервикальный канал расширили и приступили непосредственно к гистероскопии. Операция проводилась с помощью специального аппарата, при этом, чтобы посмотреть полость матки и шейку матки из бутылок подавалась орошающая жидкость. Авилкин работал петлей гистероскопа, после чего она увидела кровь, а именно после того как поработали петлей, пошла струйка крови и одновременно пузырьки воздуха. Пузырьки воздуха были в поле зрения на экране. В это время у пациентки внезапно, буквально в течение нескольких секунд развилось критическое состояние - набухли шейные вены, появилось хриплое дыхание, все показатели покатились вниз. Совершенно неожиданно произошла катастрофа и одновременно с этим кончилась вода в бутылке и бутылку раздуло. Все стали говорить что надо поменять бутылку. При этом на ее вопрос - все ли нормально врачи ответили - у них ничего не происходит, все в норме. Она потребовала прекратить все манипуляции, одновременно с этим произошел заброс крови в систему внутривенных вливаний, что говорило о том, что сердце вытолкнуло кровь из периферической вены в бутылку. Подбежала анестезистка, начались реанимационные мероприятия, стандартные, интубация трахеи, перевод на искусственную вентиляцию легких, непрямой массаж сердца и вызван был Свидетель №12, который исполнял обязанности заведующего отделением, вызван был терапевт В., рентген-лаборант, экг-лаборант. Она сразу предположила, что случилась воздушная эмболия. С целью аспирации крови из правых отделов сердца была сделана попытка катетеризации сначала слева, затем справа. Пошла пенистая кровь с воздухом в большом количестве, не менее 60 мл. Реанимационные мероприятия оказались безуспешны, впоследствии, на вскрытии видели, что объем воздуха был очень большой. Считает, что воздушная эмболия произошла вследствие операции гистероскопия. От действий анестезиологической бригады воздух не мог попасть в кровяное русло. Во время операции она находилась у головы пациентки, следила за своей аппаратурой. Также видела и экран монитора, на котором отображалась операция гистероскопия. Также со слов коллег-анестезиологов, в лоток, который находился между ног пациентки истекала жидкость с кровью и пузырьками воздуха.

Из оглашенных в порядке ст. 281 ч.3 УПК РФ показаний свидетеля Свидетель №1 следует, что ДД.ММ.ГГГГ была запланирована операция – гистероскопия у пациентки Н. ДД.ММ.ГГГГ около 08 часво 15 минут – 08 часов 30 минут Н. была ей осмотрена в гинекологическом отделении , противопоказаний к анестезии не было. Сопутствующих патологий, препятствующих анестезии также не было. Все происходило абсолютно планово, были проверены наркозно-дыхательный аппарат, кардиомонитор, аспиратор, проверены и подготовлены необходимые для операции медикаменты. Н. в операционной переместилась на операционный стол. Операционный стол был расположен горизонтально, Н. находилась в положении тела для выполнения гинекологических операций. В это время она подключила Н. к анестезиологическому монитору, а именно наложила манжету на правое плечо для измерения давления, на указательный палец левой руки был установлен датчик пульсоксиметрии. В кубитальную вену левой руки (в области локтевой ямки) медсестрой Свидетель №5 был установлен периферический венозный катетер, для внутривенных вливаний была подключена система с физиологическим раствором (капельница). Время было около 09 часов 20 минут -09 часов 30 минут. Врач-гинеколог Свидетель №2 уже находилась в операционной, готовилась к операции, врач-гинеколог Авилкин подошел чуть позже - около 09 часов 35 минут В 09 часов 30 минут она (Свидетель №1) скомандовала медсестре Свидетель №5 начать внутривенную анестезию, что подразумевало введение следующих медицинских препаратов – «Реланиум» - 10 мг., «Фентанил» - 0,1 мг., Тиопентал натрия – 200 мг. После чего у Н. развилась анестезия, достаточная для проведения гистероскопии. Когда наркоз подействовал, то разрешила Свидетель №2 начать операцию. В это время все показатели жизненно-важных функций (артериальное давление, пульс, частота сердечных сокращений, сатурация) были в норме, что подтверждалось клинически (визуально) и данными монитора. Она в это время находилась у головы пациентки, при этом контролировала дыхание Н., придерживала ее нижнюю челюсть во избежание западения языка. Свидетель №2 проводила операцию, производила расширение канала шейки матки при помощи расширителей для дальнейшего введения гистероскопа. Время начала операции – 09 часов 35 минут. Через некоторое время Свидетель №2 сказала присутствующему во время операции Авилкину, что расширение канала шейки матки у Н. происходит с трудностями. Так как операция продолжалась дольше запланированного, то медсестра Свидетель №5 по ее команде добавила Н. еще 50 мг. тиопентала натрия. Далее операцию продолжил Авилкин, который расширил канал матки до нужного диаметра и стал работать гистероскопом. Авилкин ввел гистероскоп в цервикальный канал шейки матки и осмотрел ее. Далее он (Авилкин) отметил, что шейка матки Н. изменена, наблюдается стеноз шейки матки. Показатели Н. были стабильны. Она (Свидетель №1) увидела на экране эндоскопической стойки, что в поле зрения гистероскопа появились пузырьки воздуха. Авилкин сказал санитарке и операционной медсестре, находящихся возле эндоскопической стойки, к которой был подключен гистероскоп, что закончилась жидкость, приказал срочно переключить пустую бутылку на полную с жидкостью. На стойке висели две бутылки с жидкостью, одна из которых подавала жидкость по трубке в канал гистероскопа для орошения, а вторая являлась запасной. В начале операции обе бутылка были полные. В момент переключения санитаркой бутылок с жидкостью, буквально в течение нескольких секунд произошло резкое ухудшение состояния Н., у нее возникла острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, а именно появился цианоз (синева) головы, шеи, верхней части туловища, появилось хриплое дыхание, на мониторе резко снизилась сатурация (насыщение крови кислородом), монитор не показывал пульс пациентки, произошло набухание шейных вен и заброс крови в систему для внутривенных инфузий (капельницу) которая была заполнена физиологическим раствором. Она (Свидетель №1) сказала прекратить все манипуляции. Авилкин достал гистероскоп из канала шейки матки Н.. Времени было около 09 часов 47 минут. После того, как Авилкин извлек гистероскоп, то увидела умеренное кровотечение из половых путей Н., при этом впоследствии как Авилкин, так как и Свидетель №2 говорили, что кровь была с пузырьками воздуха. В связи со случившимся, операция была прекращена и начались реанимационные мероприятия. Проведенные в течение 30 минут реанимационные мероприятия были безуспешны, в 11 часов 15 минут ДД.ММ.ГГГГ была констатирована биологическая смерть Н.. Причиной смерти Н. явилась массивная воздушная эмболия, которая, как полагает, возникла в результате попадания воздуха под давлением в поврежденные в результате оперативного вмешательства кровеносные сосуды шейки матки Н. через канал для подачи жидкости гистероскопа .

С данными показаниями свидетель согласилась, пояснив, что когда жидкость в бутылке кончилась, все, в том числе и Авилкин, начали говорить, что необходимо поменять бутылки.

В ходе проверки показаний на месте от ДД.ММ.ГГГГ свидетель Свидетель №1 показала обстоятельства проведения операции Н., нахождение всех участников операции, проводимые оперативные вмешательства, используемое медицинское оборудование .

Из показаний свидетеля Свидетель №5 данных ею в судебном заседании следует, что она присутствовала на операции гистероскопия Н. вместе с анестезиологом Свидетель №1. Подготовилась к операции, набрала необходимые препараты, собрала капельницу. Далее привезли женщину, уложили на операционный стол, она поставила бранюлю, подключила аппарат, измеряющий давление, пульсоксиметр и начали наркоз. Потом Свидетель №2 спросила можно ли начать работу, Свидетель №1 сообщила можно. Пришел Авилкин, сел к Свидетель №2. Женщина была в наркозе, все шло нормально. Свидетель стала отмечать в карте ход операции, препараты которые вводила. После заполнения она подошла к пациентке и увидела, что в систему пошел заброс крови, и у женщины посинели лицо и шея.

В порядке ст. 281 ч.3 УПК РФ были оглашены показания указанного свидетеля из которых следует, что ДД.ММ.ГГГГ утром врач анестезиолог Свидетель №1 сообщила ей, что первой операцией будет гистероскопия, указала на то, что необходимо приготовить препараты для наркоза пациентки Н. Перед заходом в операционную она зашла в комнату хранения стерильных биксов, где взяла стерильный набор, в предоперационной взяла две бутылки натрия хлорида 0,9% для капельницы и разведения препаратов, карту обезболивания и зашла в операционную. В операционной находились: врач реаниматолог Свидетель №1, санитарка, медсестра операционного блока Свидетель №3. Операция гистероскопия у Н. проводилась под общей анестезией. Свидетель №1 были проверены наркозно-дыхательный аппарат, кардиомонитор, аспиратор. Н. находилась на операционном столе, который был расположен горизонтально, в положении тела для выполнения гинекологических операций, ее голова не была опущена ниже уровня тела. В это время Свидетель №1 подключила Н. к анестезиологическому монитору, наложила ей манжету на правое плечо для измерения давления, на указательный палец левой руки был установлен датчик пульсоксиметрии. Она (Свидетель №5) в кубитальную вену левой руки (в области локтевой ямки) установила периферический венозный катетер, к которому для внутривенных вливаний была подключена система с физиологическим раствором (капельница). Врач-гинеколог Свидетель №2 готовилась к операции, врач-гинеколог Авилкин. подошел чуть позже, около 09 часов 35 минут. В 09 часов 35 минут врач Свидетель №1. скомандовала ей начать внутривенную анестезию, после чего у Н. развилась анестезия, достаточная для проведения операции. Когда наркоз подействовал, Свидетель №1 разрешила Свидетель №2 начать операцию. Во время начала операции все показатели жизненно-важных функций пациентки Н. (артериальное давление, пульс, сатурация) были в норме. Свидетель №1 в это время находилась у головы пациентки, при этом контролировала дыхание Н., придерживала ее нижнюю челюсть во избежание западения языка. Свидетель №1 находясь у головы Н., была обращена лицом к врачам, проводившим операцию, и могла видеть изображение с гистероскопа на экране монитора. Операцию начала проводить врач Свидетель №2, а буквально через несколько минут ее заменил Авилкин. Дальнейшую операцию проводил Авилкин, Свидетель №2 стояла за ним и наблюдала. Что именно делал Авилкин она (Свидетель №5) не видела. Чем занималась санитарка операционного блока не видела, переключала ли та пустую бутылку из-под жидкости для гистероскопа на полную, не знает. В один из моментов операции, у Н. образовалась острая дыхательная и сердечно - сосудистая недостаточность, появился цианоз (синева) головы, шеи, верхней части туловища, хриплое дыхание, на мониторе резко снизилась сатурация (насыщение крови кислородом), монитор не показывал пульс пациентки, произошло набухание шейных вен и заброс крови в капельницу, которая была заполнена физраствором. Свидетель №1 спросила врачей-гинекологов, что у них происходит, и потребовала прекратить все манипуляции. В связи со случившимся операция была прекращена и начались реанимационные мероприятия. В 10 часов 45 минут у Н. произошла остановка сердца. Проведенные в течение 30 минут реанимационные мероприятия были безуспешны. В процессе реанимации, она наблюдала, что пеленка, находящаяся у Н., испачкана кровью .

Возражений относительно оглашенных показаний от свидетеля не поступило.

    Из оглашенных в порядке ст. 281 ч.1 УПК РФ показаний свидетеля ФИО4 следует, что ДД.ММ.ГГГГ к ней на прием обратилась пациентка Н. с жалобами <данные изъяты>. По результатам УЗИ, был выставлен диагноз «рубец на матке, синдром истощения яичников, полип цервикального канала». Н. было рекомендовано удаление полипа из цервикального канала, поэтому для дальнейшего лечения она направлена в женскую консультацию по месту жительства .

Свидетель Свидетель №22 суду показала, что ДД.ММ.ГГГГ она работала в должности врача акушера-гинеколога . К ней обращалась Н. с жалобами на <данные изъяты>, назначалось обследование, она проходила УЗИ, по результатам которого был выставлен диагноз - рубец на матке, полип цервикального канала. После женщина была направлена на дополнительную манипуляцию - кольпоскопию, которая проводиться в женской консультации.

Из оглашенных в порядке ст. 281 ч.3 УПК РФ показаний указанного свидетеля следует, что Н. была у нее на приемах в ... году дважды с жалобами <данные изъяты>. Данное обращение было примерно ДД.ММ.ГГГГ. На прием Н. пришла уже с результатами УЗИ. По результатам осмотра «визуально» полип цервикального канала обнаружен не был, но согласно результатам УЗИ Н. был выставлен диагноз «полип цервикального канала по УЗИ» и Н. была назначена расширенная кольпоскопия, которую проводила Свидетель №6, которая как стало известно, рекомендовала Н. операцию гистероскопия в условиях стационара .

Данные показания свидетель подтвердила.

Свидетель Свидетель №6 суду показала, что она вела специализированный прием в больнице. Примерно ДД.ММ.ГГГГ Н. пришла к ней на прием с заключением гинеколога, что у нее полип шейки матки, что ей необходимо сделать кольпоскопию. Так как полипа она не обнаружила и сообщила, что в данном случае необходимо делать гистероскопию. После того как Н. сдала анализы, отправила ее на врачебную комиссию, где пациентку записали на гистероскопию, в ходе которой как ей известно пациентка умерла.

Из оглашенных в порядке ст. 281 ч.3 УПК РФ показаний данного свидетеля следует, что Н. наблюдалась в женской консультации <адрес> с ...года. ДД.ММ.ГГГГ Н. обратилась с жалобами на <данные изъяты>. Было назначено противовоспалительное лечение по кольпиту и направлена на кольпоскопию . ДД.ММ.ГГГГ проведена кольпоскопия, полипа не обнаружено. Рекомендована гистероскопия для исключения наличия полипа в цервикальном канале. Н. обследована и направлена на врачебную комиссию для назначения даты проведения гистероскопии. ДД.ММ.ГГГГ записана на гистероскопию на ДД.ММ.ГГГГ.Ей известно, что ДД.ММ.ГГГГ во время проведения операции (диагностической гистероскопии) у пациентки Н. произошла внезапная остановка кровообращения и впоследствии в реанимационном отделении в 11 час. 15 мин. ДД.ММ.ГГГГ констатирована смерть. Причиной смерти Н. стала воздушная эмболия: наличие воздуха в правых отделах сердца. В ходе ЛКК, на которой она присутствовала причин развития воздушной эмболии у Н. установлено не было .

Возражений относительно оглашенных показаний от свидетеля не последовало.

Из оглашенных в порядке ест. 281 ч.1 УПК РФ показаний свидетеля Свидетель №16 следует, что ДД.ММ.ГГГГ она проводила осмотр Н.. При осмотре последняя была терапевтически здорова. Данный осмотр был необходим, поскольку Н. планировалось оперативное вмешательство – операция гистероскопия .

Свидетель Свидетель №7 суду показал, что его как врача-терапевта вызвали в операционную, так как там наступила катастрофа, связанная с сердечно - сосудистой системой. Вызвали для оценки ЭКГ и тактики лечения. Когда он пришел в операционную, у пациентки Н. была уже остановка сердечной деятельности, проводились реанимационные мероприятия.

    Их оглашенных в порядке ст. 281 ч.3 УПК РФ показаний данного свидетеля следует, что ДД.ММ.ГГГГ он был вызван в операционную для интерпретации электрокардиограммы. ЭКГ у пациентки снималось в 9 час. 55 мин. в динамике (одновременно проводились реанимационные мероприятия) для контроля эффективности сердечно-лёгочной реанимации. Во время проведения реанимационных мероприятий у анестезиолога – Свидетель №1 было предположение о развитии у пациентки массивной воздушной эмболии, которая возникла во время проведения диагностической операции (гистероскопия). Кто делал операцию не знает, но в операционной на тот момент находились два врача-гинеколога – Авилкин и Свидетель №2. Причиной смерти Н. была массивная воздушная эмболия правых отделов сердца и системы лёгочной артерии, электромеханическая диссоциация сердца (в сердце находилось большое количество воздуха). Вопросы возникновения воздушной эмболии в тот момент не обсуждались.

    С указанными показаниями свидетель согласился, дополнив, что во время реанимационных мероприятий анестезиологи из подключичной вены шприцом откачивали воздух. Считает, что поступление такого объема воздуха, которое дало массивную воздушную эмболию через анестезиологические пособия невозможно.

    Свидетель Свидетель №9 суду показал, что в ... году работал в больнице врачом-анестезиологом. ДД.ММ.ГГГГ шел на следующую операцию, когда ему сообщили что в гинекологической операционной какое-то ЧП. Когда он пришел в операционную, на столе лежала пациентка, бригада гинекологов, состоящая из Авилкина и Свидетель №2, также была Свидетель №1, Свидетель №12, которые занимались реанимационными мероприятиями. Он к ним присоединился, обговаривали, что не исключается воздушная эмболия. При пункции вены увидели кровь с воздухом в виде пены, которую удаляли шприцом через катетор.

    В порядке ст. 281 ч.3 УПК РФ были оглашены показания данного свидетеля, из которых следует, что ДД.ММ.ГГГГ, когда он находился на работе, в первой половине дня, к нему поступила информация, что в соседней операционной произошла чрезвычайная ситуация, и требуется помощь по данному факту. Когда зашел в операционную, то в ней находились на операционном столе пациентка, рядом с ней врач анестезиолог Свидетель №1, и.о. заведующего Свидетель №12, гинекологическая бригада в составе Авилкина и Свидетель №2, а также медицинский персонал (медсестры и санитарка). Свидетель №1 в двух словах рассказала, что во время плановой операции у больной произошла воздушная эмболия, в связи со случившимся операция гистероскопия была прекращена и начались реанимационные мероприятия. При выполнении реанимационных мероприятий Н. был произведен непрерывный кардиомониторинг, который показывал, что сердечная деятельность сохранена. В операционную был вызван рентген-лаборант, терапевт В. и медицинская сестра для снятия ЭКГ. В связи с тем, что диагноз воздушной эмболии был ясен, было решено произвести катетеризацию подключичной вены с целью аспирации воздуха из полостей сердца. Попытки катетеризации вены справа были безуспешны, слева катетеризация подключичной вены была успешной и из правых отделов сердца было аспирировано (удалено) не менее 60 мл. воздуха. Все это происходило в комплексе остальных реанимационных мероприятий, направленных на поддержание жизненно важных функций. В дальнейшем спустя некоторое время у Н. произошла остановка сердца. После чего в течение 30 минут проводились вновь реанимационные мероприятия, которые были безуспешны. Проведение анестезиологического пособия не могло привести к данному летальному осложнению. По его мнению воздушная эмболия развилась у Н. во время проведения плановой операции гистероскопии, в результате выполнения манипуляций оперирующим врачом.

Указанные показания свидетель подтвердил.

Из показаний свидетеля Свидетель №8, оглашенных в порядке ст. 281 ч. 1 УПК РФ следует, что ДД.ММ.ГГГГ кто-то сообщил ему, что в операционной возникли осложнения при проведении операции по линии гинекологии. Когда он зашел в операционный блок, на операционном столе увидел пациентку, с которой проводились реанимационные мероприятия. В операционной находились врачи анестезиологи реаниматологи Свидетель №1, Свидетель №12, также врачи Свидетель №2 и Авилкин. Во время проведения реанимационных мероприятий у Свидетель №1 было предположение о развитии у пациентки массивной воздушной эмболии, которая возникла во время проведения диагностической операции гистероскопии .

    Свидетель Свидетель №12 суду показал, что также присутствовал на этапе реанимации Н.. Знал, что была проведена операция гистероскопия и в процессе нее возникла критическая ситуация с остановкой сердца. При выполнении пункции подключичной вены выделялась пенистая кровь, что указывало на присутствие воздушного компонента.

    Из оглашенных в порядке ст. 281 ч.3 УПК РФ показаний данного свидетеля следует, что ДД.ММ.ГГГГ он исполнял обязанности заведующего реанимационным отделением. ДД.ММ.ГГГГ с утра были назначены плановые операции. Когда он находился в отделении, то от Свидетель №1, которая принимала участие в операции в качестве анестезиолога, поступила информация, что в операционной произошла чрезвычайная ситуация, и требуется его помощь по данному факту. Когда он зашел в операционную, то в ней находились на операционном столе пациентка, рядом с ней врач анестезиолог Свидетель №1, гинекологическая бригада в составе Авилкина и Свидетель №2, а также медицинский операционный персонал (медсестры и санитарка). Свидетель №1 рассказала, что во время плановой операции у больной произошла предположительно воздушная эмболия. Он стал помогать в проведении реанимационных мероприятий. Было решено произвести катетеризацию подключичной вены с целью аспирации воздуха из полостей сердца. Попытки катетеризации вены справа были безуспешны, слева катетеризация подключичной вены была успешной и из правых отделов сердца было аспирировано (удалено) не менее 60 мл. воздуха. Все это происходило в комплексе остальных реанимационных мероприятий, направленных на поддержание жизненно важных функций пациентки Н.. В дальнейшем спустя некоторое время у Н. произошла остановка сердца .

Относительно оглашенных показаний свидетель показал, что сам не наблюдал, чтобы откачивали чистый воздух, помнит лишь смесь крови и пены. Непосредственно пункцию проводила Свидетель №1 и про количество воздуха он знает с ее слов.

    Свидетель Свидетель №11 суду пояснила, что является старшей операционной сестрой и ей известно, что ДД.ММ.ГГГГ в ходе операции у Н. использовалась стойка для гистероскопии в составе нескольких приборов. Вся аппаратура была рабочей. Перед операцией система собиралась операционной сестрой Свидетель №3 и санитаркой. После операции Н., для осмотра системы вызывали медицинских техников Свидетель №13 и Свидетель №14, составлялся акт, аппаратура была исправной. После операции осмотрели состояние флаконов, на штативе стояла два флакона один из которых был полностью целый, а во втором было какое-то количество жидкости. Прибор был собран исправно.

    Свидетель Свидетель №13 суду пояснил, что после несчастного случая его пригласила старшая операционная сестра для осмотра используемой аппаратуры, все было в рабочем состоянии. Сами приборы осматриваются раз в квартал, результату заносятся в журнал технического обслуживания. Последний раз прибор проверялся ДД.ММ.ГГГГ Аппаратура собирается оперирующим коллективом, технических специалистов приглашают лишь при возникновении неисправностей. За контролем жидкости тоже следит оперирующая бригада. Сама жидкость подается под давлением за счет компрессора, который включается путем нажатия педали. Также есть специальный трехходовой кран открывающий подачу жидкости. Каких-либо нормативов расхода жидкости нет.

    Из оглашенных в порядке ст. 281 ч.3 УПК РФ показаний указанного свидетеля следует, что сам прибор гистероскоп состоит из составляющих: компрессор – служит для создания давления в системе для протекания жидкости, необходимой для омывания, световода при помощи которого производится осмотр зоны операции оперирующим врачом, эндоскопическая стойка с монитором на котором отображается картинка зоны операции и трубка с камерой и световодом, через которую осуществляется также и подача жидкости необходимой для омывания. Исправность и осмотр прибора осуществляется перед каждой операцией операционной бригадой. Проверка всех приборов, в том числе и прибора гистероскоп осуществляется раз в квартал, все результаты данных проверок заносятся в соответствующий журнал. Практически сразу после несчастного случая с Н. в операционной он и инженер Свидетель №14 производили осмотр прибора на предмет его неисправности или неправильной сборки перед операцией. При осмотре неисправностей в работе прибора выявлено не было, прибор перед операцией был собран правильно. О результатах проведенного осмотра был составлен соответствующий акт .

С данными показаниями свидетель согласился.

    Свидетель Свидетель №14 показала, что ею также осматривалась гинекологическая стойка после несчастного случая, но непосредственно после операции стойку не осматривала, а спустя какое-то время. О результатах осмотра составлялся соответствующий акт.

Из оглашенных в порядке ст. 281 ч.3 УПК РФ показаний данного свидетеля следует, что ДД.ММ.ГГГГ она вместе с Свидетель №13 осматривала эндоскопическую стойку на предмет ее неисправности по причине того, что во время проведения операции гистероскопия произошел несчастный случай с пациенткой. Во время проверки все рабочие составляющие были проверены, каких-либо нарушений в их работоспособности выявлено не было .

    Относительно оглашенных показаний свидетель пояснила, что во время осмотра брали новые флаконы, по-новому аппарат подключали и прогоняли систему, при этом не работал лишь осветительный блок. О результатах осмотра составлялось четыре акта.

Согласно копии журнала технического обслуживания медицинской техники больницы в нем содержится информация о исправности ДД.ММ.ГГГГ всех рабочих составляющих эндоскопической стойки прибора гистероскопа, который применялся ДД.ММ.ГГГГ во время операции Н.

Из копий актов оценки технического состояния медицинской техники больницы от ДД.ММ.ГГГГ следует, что исправны рабочие составляющие эндоскопической стойки прибора гистероскопа, который применялся ДД.ММ.ГГГГ во время операции Н.. Не функционирует лишь осветительный блок .

Согласно протокола выемки от ДД.ММ.ГГГГ в больнице с участием специалиста Ч. было изъято: контактная оптическая трубка для гистероскопа ГЭК – «Азимут» С-П Россия зав. №; гистероскоп «KARL STORZ Germany 26163 CS» (состоящего из внешнего и внутреннего тубуса) в сборном виде; «Эндоскам 450», SN02-0375.05, инв. №, фирмы «Азимут»; аспиратор-ирригатор для брюшной полости, модель АИ-01-«МФС», SN1165. инв.№, фирмы «Медфармсервис»; медицинский монитор «ТМ-А 170 G». SN17908810, фирмы «JVC», Япония; источник света эндоскопического марки «STORZ, Autocon 350». Coldlightfountaln, инв. №, производитель Германия (аппарат «ТУР») .

Указанное оборудование было осмотрено, в ходе которого в частности установлено, что аспиратор-ирригатор для брюшной полости, модель АИ-01-«МФС», SN1165. инв.№ находится в неисправном состоянии .

Осмотренные предметы признаны по делу вещественными доказательствами – выданы на ответственное хранение в больницу .

Специалист Ч. суду показал, что как специалист по медицинской технике участвовал в следственных действиях при выемке оборудования. Помнит, что аспиратор-ирригатор не работал, лампочки не горели. Сам инструмент был исправен, хотя и не в очень хорошем состоянии, видеосистема работала. При нем медперсонал собирал аппаратуру, используя фрагменты, которые ранее использовались в больнице при проведении операции гистероскопия. Принцип работы следующий - аспиратор-ирригатор выдает воздух, который выдавливает физраствор из бутылок уже через сам гистероскоп в место операции. Имеется педаль включения и выключения, панели управления как таковой нет.

Из оглашенных в связи с противоречиями показаний указанного специалиста следует, что он участвовал при проведении следственных действий: проведение выемки медицинского оборудования в больнице, проведении следственного эксперимента с участием свидетеля Свидетель №3, а также осмотра изъятого в входе выемки медицинского оборудования: контактной оптической трубки для гистероскопа ГЭК – «Азимут» С-П Россия зав. №; гистероскопа «KARL STORZ Germany 26163 CS» (состоящего из внешнего и внутреннего тубуса) в сборном виде; «эндоскама 450», SN02-0375.05, инв. №, фирмы «Азимут»; аспиратора-ирригатора для брюшной полости, модель АИ-01-«МФС», SN1165. инв.№, фирмы «Медфармсервис»; медицинского монитора «ТМ-А 170 G». SN17908810, фирмы «JVC», Япония; источника света эндоскопического марки «STORZ, Autocon 350». Coldlightfountaln, инв. №, производитель Германия (аппарат «ТУР»). Основываясь на информации, которую он получил в ходе следственных действий, а также своих собственных специальных знаниях, может сообщить, что: вышеперечисленное медицинское оборудование, за исключением прибора аспиратор-ирригатор для брюшной полости, модель АИ-01-«МФС», SN1165. инв.№, фирмы «Медфармсервис» находится в исправном состоянии и может применяться при проведении операций. Относительно прибора аспиратора-ирригатора для брюшной полости, модель АИ-01-«МФС», SN1165. инв.№, фирмы «Медфармсервис», может пояснить, что при проведении следственных действий представителем больницы на данный прибор была предоставлена копия ведомости дефектов №от ДД.ММ.ГГГГ, согласно которой прибор находится в нерабочем состоянии. При проведении следственных действий работоспособность аспиратора-ирригатора была проверена, данный прибор имел дефекты, а именно: нарушена герметичность, в нерабочем состоянии помпа. Данные неисправности исключают его применение при проведении операций. При проведении следственного эксперимента в его (Ч.) присутствии, свидетель Свидетель №3 наглядно продемонстрировала, каким образом ею была осуществлена сборка, подготовка, и подключение всех указанных выше приборов перед операций ДД.ММ.ГГГГ. Указанные действия были осуществлены в правильном порядке и без нарушений. Используемый в операции «гистероскопия» ДД.ММ.ГГГГ прибор аспиратор-ирригатор для брюшной полости, модель АИ-01-«МФС», SN1165. инв.№, фирмы «Медфармсервис» предназначен для проведения различных лапароскопических вмешательств на брюшной полости и, соответственно, по своим техническим характеристикам не может применяться при гистероскопических операциях .

Данные показания специалист Ч. подтвердил, добавив, что знает, что в настоящий момент не используют такую систему, где воздух, который выдавливает жидкость из бутылок. Если в бутылке не будет жидкости, то воздух пойдет по системе.

    Свидетель Свидетель №17 суду пояснил, что ранее проводил операции гистероскопия, о чем давал следователю показания которые сейчас помнит плохо.

Из оглашенных в порядке ст. 281 ч.3 УПК РФ показаний данного свидетеля следует, что ему было известно от коллег, что во время проведения операции (диагностической гистероскопии) у пациентки Н. произошла внезапная остановка кровообращения и впоследствии в реанимационном отделении она скончалась. Причиной смерти пациентки стала воздушная эмболия: наличие воздуха в правых отделах сердца. Операцию гистероскопия проводили врачи гинекологического отделения Авилкин и Свидетель №2. После ДД.ММ.ГГГГ операции гистероскопия в больнице были запрещены и все пациентки направлялись для проведения гистероскопии в городскую больницу. Система ирригации гистероскопа, используемого при проведении жидкостной гистероскопии, работает от специального прибора - аспиратора ирригатора. Работа данного прибора заключается в подаче раствора из емкостей в полость матки для расширения по системе трубок, подключенных непосредственно к гистероскопу. Подача жидкости регулируется нажатием на специальную педаль данного аспиратора–ирригатора. Для подачи жидкости при проведении операции гистероскопия применяются гистеропомпы. Прибор – аспиратор–ирригатор для брюшной полости АИ-01-«МФС», SN1165, фирмы «Медфармсервис», в целом не предназначен для проведения операций гистероскопия, а предназначен для операций лапороскопия, но при тщательном контроле подачи жидкости в операционное поле его (прибор) при операциях – гистероскопия использовать можно. При проведении жидкостной гистероскопии наличие жидкостного раствора в системе визуально отслеживается оперирующим врачом, операционной медсестрой и санитаркой. Управление подачей под давлением жидкостного раствора во время проведения операции «Жидкостная гистероскопия» осуществляет оперирующий врач. Поступление воздуха в сосудистое русло в объеме более 100 мл. при проведении жидкостной гистероскопии, возможно при подаче вместо жидкости воздуха по системе ирригации под большим давлением. Замену бутылок с жидкостью осуществляет санитарка, оперирующий врач заменой бутылок не занимается, но обязательно должен осуществлять контроль за расходованием жидкости. При необходимости замены емкостей с жидкостью оперирующий врач приостанавливает все манипуляции гистероскопом и возобновляет их после того как осуществлена замена емкостей с жидкостью. Полагает, что у пациентки Н. во время жидкостной гистероскопии образовалась воздушная эмболия от подачи вместо жидкости воздуха по системе ирригации под большим давлением в полость матки .

Относительно оглашенных показаний свидетель пояснил, что с его стороны это было не совсем верное заключение, он пояснял, что в поисках самой причины, может такое быть, но не в той ситуации, которая возникла. Дополнительно суду пояснил, что во время операций чаще всего он сам давал команду санитарке на переключение жидкости, но иногда, когда был увлечен операцией - его останавливала санитарка. Если жидкость из пакета уйдет, непосредственно начинается закачка воздушной среды. Было несколько раз, когда при выполнении операции, он не акцентировал свое внимание, что закончилась жидкость в самом пакете, это увидела санитарка, единственное, на экране монитора он видел, что подача жидкости прекращалась и соответственно, стенки полости матки слипались, причина становилась ясна.

Согласно протоколу № от ДД.ММ.ГГГГ лечебно-контрольной комиссии больницы комиссия пришла к заключению, что смерть Н. следует считать несчастным случаем .

        Свидетель Свидетель №15 суду показал, что в ... году занимал должность главного врача больницы и являлся председателем ЛКК по разбору трагического случая с пациенткой во время операции гистероскопия. Причиной смерти пациентки явилась воздушная эмболия, причины возникновения воздушной эмболии установлено не было.

Из оглашенных в порядке ст. 281 ч. 3 УПК РФ показаний указанного свидетеля следует, что о проводимой Н. ДД.ММ.ГГГГ операции ему известно из материалов служебного расследования. Данную операцию проводил заведующий акушерским отделением Авилкин. Во время операции у пациентки Н. произошла внезапная остановка кровообращения, операция была остановлена и начаты реанимационные мероприятия, которые результата не дали, пациентка скончалась. При расследовании был установлен диагноз - воздушная эмболия. При разбирательства на лечебно контрольной комиссии нарушений процедуры проведения гистероскопии выявлено не было. После данного случая всех пациенток, которым необходимо было проведение операций гистероскопия, лечащие врачи женской консультации направляли в городскую больницу .

        Указанные показания свидетель подтвердил.

    Свидетель Свидетель №10 суду показала, что ДД.ММ.ГГГГ она занимала должность заместителя главного врача по медицинской части. ДД.ММ.ГГГГ ей стало известно, что в больнице погибла женщина Н. которой проводилась гинекологическая гистероскопия, которую проводили Свидетель №2 и Авилкин. По данному факту проводилось разбирательство, по результатам которого комиссия пришла к выводу, что смерть пациентки следует считать несчастным случаем. Было получено также заключение министерства здравоохранения с рецензиями специалистов и мнением рецензентов.

    Из оглашенных в порядке ст. 281 ч.3 УПК РФ показаний указанного свидетеля следует, что ДД.ММ.ГГГГ от Авилкина ей стало известно о том, что во время проведения операции (диагностической гистероскопии) произошла внезапная остановка кровообращения и впоследствии в реанимационном отделении констатирована смерть пациентки Н. Во время разбирательства Со слов Авилкина и Свидетель №2 (оперирующие врачи) во время операции у Н. произошла внезапная остановка кровообращения, операция была остановлена и врачом реаниматологом Свидетель №1 были начаты реанимационные мероприятия. В дальнейшем был выставлен предположительный диагноз, о том, что смерть пациентки произошла в результате развившейся воздушной эмболии, которая по данным медицинских документов развилась у Н. на 8 минуте от начала оперативного вмешательства. При разбирательстве на лечебно контрольной комиссии нарушений процедуры проведения гистероскопии выявлено не было .

С указанными показания свидетель согласилась.

Аналогичные обстоятельства заседания ЛКК подтвердили и иные свидетели (члены ЛКК), как допрошенные в судебном заседании - Свидетель №27, Свидетель №28, ФИО6, Свидетель №23, Свидетель №30, ФИО7, так и в показаниях, оглашенных в порядке ст. 281 ч.1 УПК РФ - Свидетель №18 и Свидетель №25 .

Из показаний свидетеля Свидетель №29, оглашенных в порядке ст. 281 ч.1 УПК РФ следует, что он присутствовал на ЛКК (лечебно-контрольной комиссии) по оценке качества медицинской помощи Н., умершей в отделении анестезиологии и реанимации ДД.ММ.ГГГГ. Во время заседания ему стало известно, что ДД.ММ.ГГГГ во время проведения операции (диагностической гистероскопии) у пациентки Н. произошла внезапная остановка кровообращения и впоследствии в реанимационном отделении в 11 час. 15 мин. ДД.ММ.ГГГГ констатирована смерть. Причиной смерти Н. стала воздушная эмболия - наличие воздуха в правых отделах сердца. В ходе ЛКК причин развития воздушной эмболии у Н. установлено не было, оборудование во время операции было исправно .

Свидетель Свидетель №19 суду показал, что по факту смерти пациентки Н. готовил рецензию для лечебной комиссии. В рецензии он смоделировал ситуацию развития воздушной эмболии, что воздух вполне мог попасть в кровеносное русло Н. небольшими порциями через сосуды цервикального канала. Основываясь на физических свойствах воздуха и жидкости, пузырьки воздуха попадали в кровеносное русло мелкие и очень мелкие, они соединялись с плазмой крови и образовывали пену в месте поступления, а потом, уже током крови эта пенная масса достигла пределов сердца и вызвала блокаду кровотока на уровне правого предсердия. С учетом изложенного и особенностей проведения операции считает, что оперирующий хирург в данной ситуации практически не мог предвидеть и предотвратить воздушную эмболию. Отклонений от обычных условий операции не было.

    Свидетель (патологоанатом) Свидетель №24 в судебном заседании показал, что присутствовал на вскрытии трупа Н., так и присутствовал на ЛКК. Причина смерти была установлена в заключении эксперта - воздушная эмболия, которая произошла при оперативном вмешательстве. Как попал воздух в кровеносное русло пациентки, при разборе на ЛКК установить не удалось. На вскрытии он не видел повреждения сосудов, которые могли бы повлечь возникновение воздушной эмболии

    Из протокола заседания комиссии по организации акушерско- гинекологической помощи министерства здравоохранения Архангельской области от ДД.ММ.ГГГГ следует, что смерть пациентки Н. наступила от массивной воздушной эмболии. Установить причину эмболии не представилось возможным .

Из заключения эксперта № от ДД.ММ.ГГГГ следует, что смерть Н. последовала от воздушной эмболии, которая возникла от попадания воздуха в правые отделы сердца около 09 часов 43 минут ДД.ММ.ГГГГ Воздушная эмболия, развившаяся в данном случае в результате попадания воздуха в правые отделы сердца, является угрожающим жизни состоянием и обычно заканчивается смертью. По квалифицирующему признаку опасности для жизни воздушная эмболия расценивается как тяжкий вред здоровью и находится в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти Н. .

Допрошенный в судебном заседании эксперт Т. показал, что при вскрытии трупа Н. в его задачу входило установить причину смерти, установить же источник возникновения воздушной эмболии на тот момент в его задачу не входило. Он проводил пробу на наличие воздуха, и он был в сердце. Точное количество воздуха в сердце определено не было. Считает, что воздух попал в полость сердца из кровеносных сосудов, либо из нижней полой вены, либо из верхней полой вены. При макроскопическом исследовании, то есть взгляде глазом повреждений в маточной полости выявлено не было. Согласно гистологического исследования имелись небольшие кровоизлияния в слизистой влагалища. Брал также на гистологию эндометрий, но заключения по нему не пришло.

Из заключения № от ДД.ММ.ГГГГ (экспертиза по материалам дела), проведенного ГБУЗ Архангельской области «БСМЭ», следует, что причиной смерти Н. явилась острая сердечно-легочная недостаточность, развившаяся вследствие воздушной эмболии в результате попадания большого объема воздуха в сосудистое русло пациентки.

При оценке правильности оказания медицинской помощи Н. лечащими врачами больницы в период с ДД.ММ.ГГГГ по ДД.ММ.ГГГГ судебно- медицинская экспертная комиссия пришла к выводам:

- объём диагностических мероприятий, назначенных акушером-гинекологом женской консультации и выполненных Н. в связи с установленным диагнозом «Полип цервикального канала» в вышеуказанный период и непосредственно перед госпитализацией подэкспертной в стационар для плановой гистероскопии и полипэктомии, не соответствовал требованиям Порядка (приказ Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 № 572н): в ходе лабораторного обследования Н. не выполнен биохимический анализ крови (с исследованием уровня общего белка крови, креатинина, уровня аланин-трансаминазы, аспартат-трансаминазы, мочевины, общего билирубина, прямого билирубина, холестерина, натрия, калия крови), не определена коагулограмма, не проведены исследование посредством полимеразной цепной реакции отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (Papillomavirus) и пайпель-биопсия эндометрия.

- с учётом даты проведения Н. ультразвукового исследования, выявившего признаки полипа цервикального канала (ДД.ММ.ГГГГ), перед госпитализацией Н. ДД.ММ.ГГГГ в стационар врачом акушером-гинекологом не проведено требовавшееся контрольное УЗИ матки и придатков подэкспертной. Требования Порядка при диагнозе полипа цервикального канала предусматривают проведение кольпоскопии с контрольным исследованием через 3 месяца, тогда как в анализируемом случае кольпоскопия была проведена Н. лишь однократно - ДД.ММ.ГГГГ, при этом полип цервикального канала в ходе данного исследования выявлен не был.

- в соответствии с данными анамнеза, результатами выполненного ДД.ММ.ГГГГ ультразвукового исследования и проведенного лабораторного обследования (нарушение менструального цикла по типу опсоменореи, тонкий эндометрий, высокий уровень фолликулостимулирующего гормона и низкие значения антимюллерова гормона), у Н. имелись признаки синдрома истощения яичников. Однако, соответствующий диагноз - синдром истощения яичников (преждевременное истощение яичников) Н. лечащим врачом акушером-гинекологом женской консультации не выставлялся, какие-либо лечебные мероприятия не назначались.

- диагноз «Полип цервикального канала» лечащими врачами акушерами-гинекологами женской консультации и гинекологического отделения больницы установлен Н. неправильно, поскольку в необходимом и достаточном объёме объективными данными не подтверждён, что является дефектом диагностического процесса в рассматриваемом случае. Верифицировать полип цервикального канала, либо определить его отсутствие и тем самым правильно установить диагноз возможно было посредством проведения Н. контрольного УЗИ матки и придатков, контрольной кольпоскопии. Однако необходимые контрольные инструментальные исследования (УЗИ, кольпоскопия) Н. лечащими врачами акушерами-гинекологами больницы назначены и выполнены не были.

Выбор лечащими врачами акушерами-гинекологами больницы при установлении Н. диагноза «Полип цервикального канала» оперативной тактики лечения подэкспертной с выполнением ей гистероскопии и удалением полипа (при обнаружении такового), являлся допустимым. Каких-либо абсолютных противопоказаний к проведению Н. гистероскопии, не установлено. Отсутствие у Н. полипа цервикального канала само по себе не являлось противопоказанием к проведению гистероскопии, а диагностированное акушером-гинекологом женской консультации у подэкспертной незадолго до её госпитализации нарушение менструального цикла само по себе могло являться показанием к проведению Н. диагностической гистероскопии в рассматриваемом случае;

Массивная воздушная эмболия является патологическим жизнеугрожающим состоянием, вызывающим расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно, и обычно приводит к наступлению летального исхода. При наличии у оперирующего акушера-гинеколога соответствующих навыков и опыта выполнения гистероскопии, соблюдении технологии и всех необходимых правил её проведения, гистероскопия, как правило, не сопровождается интраоперационным развитием жизнеугрожающих осложнений, в том числе и воздушной эмболии, и не приводит к летальному исходу. При неосложненном проведении гистероскопии исход данного вмешательства однозначно был бы благоприятным. При возникновения массивной воздушной эмболии с тяжелыми, прогрессирующими нарушениями сердечной деятельности и развитием ДВС-синдрома (как в случае с Н.) возможность избежать неблагоприятного исхода - смерти пациентки, независимо от характера и объема реанимационных мероприятий, представляется сомнительной. Медицинские работники больницы имели реальную возможность оказать и оказывали необходимую медицинскую помощь Н.. Медицинские работники, оказывавшие медицинскую помощь Н., с учетом их образования, специальности, стажа и опыта работы, имели право оказывать медицинскую помощь, в которой нуждалась Н.; воздушная эмболия состоит в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти Н.; воздушная эмболия, приведшая к смерти Н., возникла у неё непосредственно в ходе проведения операции гистероскопии. Однако отсутствуют объективные основания для вынесения однозначного суждения о технически неправильном исполнении гистероскопии, проведенной Н. ДД.ММ.ГГГГ, и о возможной роли данного вмешательства в развитии воздушной эмболии. Объективных данных (клинических, морфологических), позволяющих высказать достоверное и категоричное суждение о механизме проникновения воздуха в сосудистое русло Н. и тем самым определить причину возникновения у подэкспертной воздушной эмболии, не установлено .

Согласно выводов, содержащихся в заключении эксперта № от ДД.ММ.ГГГГ (отделение судебно-медицинских исследований экспертно-криминалистического отдела следственного управления Следственного комитета России ), непосредственной причиной смерти Н. явилась острая легочно-сердечная недостаточность, причиной развития которой явилась воздушная эмболия (попадание большого количества воздуха в кровеносную систему пациентки), возникшая в ходе проведения ДД.ММ.ГГГГ оперативного вмешательства – гистероскопии; смерть пациентки Н. была констатирована врачами ДД.ММ.ГГГГ в 11 часов 15 минут.; объективно оценить наличие или отсутствие в верхней трети шейки матки полипа по описанию, изложенному в заключении эксперта № (экспертиза трупа Н.), не представляется возможным; при установлении наличия полипа цервикального канала предусмотрено производство гистероскопии. Каких-либо абсолютных противопоказаний к проведению гистероскопии в представленных медицинских документах на имя Н. не выявлено; возникшая в ходе проведения ДД.ММ.ГГГГ оперативного вмешательства (гистероскопии) «воздушная эмболия», относится к «угрожающему жизни состоянию», т.е. вызывает расстройство жизненно важных функций организма, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью; диагноз «Полип цервикального канала», по поводу которого была ДД.ММ.ГГГГ проведена операция - гистероскопия, не требовала проведения экстренного оперативного вмешательства и проводилась в «плановом порядке», т.е. какой-либо угрозы для жизни в случае отсрочки операции и проведения полного обследования (дообследования) пациентки не имелось. Достоверно установить непосредственный механизм (причину) возникновения воздушной эмболии в ходе проведения операции Н. не представляется возможным; Воздушная эмболия расценивается как причинение тяжкого вреда здоровью по квалифицирующему признаку вреда здоровью, опасного для жизни человека, вызвавшего расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью. Воздушная эмболия состоит в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти Н.. Несмотря на отсутствие возможности достоверно установить конкретный дефект (дефекты) при проведении медицинской манипуляции - гистероскопии Н. ДД.ММ.ГГГГ , усматривается прямая причинно-следственная связь между проведением операции - гистероскопии и развитием воздушной эмболии, приведшей к смерти.

По заключению комиссии экспертов от ДД.ММ.ГГГГ (Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт Петербург), причиной смерти Н. также явилась воздушная эмболия - острое нарушение кровообращения вследствие попадания в кровеносное русло и полости сердца воздуха. Воздушная эмболия развилась у Н. во время выполнения медицинской манипуляции – гистероскопии, проводимой в условиях общей внутривенной анестезии; биологическая смерть Н. констатирована ДД.ММ.ГГГГ в 11 часов 15 минут. В ходе оперативного вмешательства (гистероскопии), полип цервикального канал выявлен не был. При секционном исследовании трупа Н., неоднократных гистологических исследованиях тканей половых органов – патологических изменений в виде полипа цервикального канала не установлено. Производство гистероскопии при диагнозе «Полип шейки матки» входит в перечень лечебных мероприятий, осуществляемых на стационарном этапе; На этапе диагностического поиска при выявленном при УЗИ полипе цервикального канала в качестве недостатка при оказании медицинской помощи может рассматриваться решение об эндоскопической манипуляции без подтверждения диагноза при повторном УЗИ и (или) кольпоскопии;

В ходе предоперационной подготовки к манипуляции гистероскопии в качестве недостатков установлено:

– не выполнен биохимический анализ крови с исследованием уровня общего белка, креатинина, уровня аланин-трансаминазы, аспартат-трансаминазы, мочевины, общего билирубина, прямого билирубина, холестерина, натрия, калия крови;

– не выполнена коагулограмма;

– не проведено исследование посредством полимеразной цепной реакции отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (Papillomavirus);

– не выполнена пайпель-биопсия эндометрия;

Причиной развития воздушной эмболии является поступление воздуха из внешней среды в кровеносное русло. Таким образом, обязательным условием для развития данного патологического состояния является возможность проникновения воздуха в кровеносный сосуд через повреждение его стенки.

Практически одномоментное проникновение воздуха в значительном объеме через половые пути в кровеносное русло представляется возможным только при его активном поступлении в полость матки. Единственный путь поступления воздуха в полость матки при правильном положении гистероскопа (плотном его прилежании к стенкам половых путей) – через систему подачи раствора для ирригации. Следовательно, в рассматриваемом случае такая ситуация возможна только при подаче воздуха в полость матки под давлением из ирригатора (при отсутствии жидкости в подсоединенном флаконе для ирригации).

У экспертной комиссии имеются основания заключить, что единственно возможным способом одномоментного попадания значительного объема воздуха (более 100 мл) в половые пути и кровеносную систему явилось его поступление под давлением именно из системы ирригации гистероскопа.

Попадание воздуха в кровеносную систему свидетельствует о факте нарушения техники выполнения манипуляции гистероскопии, что расценивается как ненадлежащее оказание медицинской помощи.

Смерть Н. находится в прямой причинной связи с воздушной эмболией, явившейся, по мнению экспертной комиссии, прямым следствием недостатков, допущенных при оказании ей медицинской помощи – нарушения техники выполнения гистероскопии.

При надлежащем оказании медицинской помощи Н. – правильном техническом выполнении жидкостной гистероскопии – развитие воздушной эмболии и неблагоприятного (летального) исхода крайне маловероятно.

Патология, по поводу которой было предпринято оперативное вмешательство – полип цервикального канала – не нашла своего морфологического подтверждения как прижизненно (на осуществленном этапе гистероскопии), так и при посмертном исследовании.

Полип шейки матки, относящийся к группе гиперпластических процессов эндометрия, нередко является причиной бесплодия (возможный исход) или сочетается с патологией, которая сама по себе способна индуцировать бесплодие.

Гистологическое строение полипа устанавливается после его удаления. При выявлении атипических элементов следует подозревать онкологическую патологию, прогноз (возможный исход) которой определяется специалистом-онкологом. Опасности для жизни полип шейки матки не представляет. При выставленном диагнозе (полип цервикального канала) Н. было показано оперативное лечение. Неблагоприятный исход у пациентки наступил не вследствие применения конкретного вида медицинского вмешательства (гистероскопии) и в определенный срок (имело место плановая операция), а в результате дефектов технического исполнения манипуляции. То есть реальная возможность избежать неблагоприятного исхода у Н. заключалась не в виде и сроке медицинского вмешательства, а в соблюдении правил технического выполнения манипуляции. Полноценная неинвазивная диагностика позволила бы отменить выставленный при УЗИ диагноз, что исключает проведение оперативного вмешательства с сопутствующими ему рисками.

Факт развития массивной воздушной эмболии непосредственно во время выполнения гистероскопии свидетельствует о том, что при проведении данной манипуляции не были предприняты все меры, исключающие развитие данного патологического процесса. Сведения, имеющиеся в представленных материалах (медицинских документах и показаниях медицинских работников), о мерах, предпринятых для предотвращения возможного неблагоприятного исхода, противоречат установленному факту массивной воздушной эмболии, механизм развития которой непосредственно связан с нарушением техники выполнения гистероскопии.

Сведения о действиях медицинского персонала по техническому выполнению переключения и подачи жидкостной среды в ходе проведения гистероскопии, имеющиеся в представленных материалах (протоколах допросов), соответствуют требованиям правильного выполнения манипуляции.

Фактические данные – развитие массивной воздушной эмболии – не позволяют оценить данные сведения как достоверные, т.к. именно система для ирригации при неправильной эксплуатации могла являться источником значительного объема воздуха, поступившего в полость матки и кровеносное русло .

Относительно выводов указанной экспертизы в судебном заседании был допрошен эксперт З., который суду показал, что согласно выводам экспертизы смерть Н. наступила в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи, технически неправильного выполнения манипуляций с флаконами с жидкостью - оказался газ вместо положенной жидкости. Объективно, имелся факт воздушной эмболии, то есть воздух в полостях сердца и путей поступления воздуха, кроме как из матки, не было. Иного источника попадания воздуха не могло быть, кроме гистероскопа. Была подача воздуха под давлением, соответственно, он быстро проник в сосуды. При вскрытии не всегда можно увидеть поврежденные сосуды и на гистологию, на срезы, не всегда попадают поврежденные сосуды, поэтому невозможно все сосуды досконально исследовать.

Протоколом осмотра предметов (документов) с участием специалиста Ш. были осмотрены индивидуальная карта № на имя Н. на 51 листах; индивидуальная карта № на имя Н. на 30 листах; медицинская карта № стационарного больного Н. на 25 листах; один рентген снимок грудной клетки Н. .

    Указанная медицинская документация признана и приобщена к материалам дела в качестве вещественных доказательств .

Допрошенный в судебном заседании специалист Ш. показал, что он как специалист принимал участие в осмотре медицинской документации пациентки Н. - никаких замечаний не было выявлено в результате осмотра медицинской документации. Противопоказаний для гистероскопии выявлено не было. Сама операция гистероскопия осуществляется специалистом, прошедшим обучение при помощи эндоскопического оборудования, в частности гистероскопа, который включает в себя оптическую систему, сам, непосредственно, гистероскоп с набором тубусов, дополнительное оборудование, это гистеропомпа, видеокамера и монитор. Методика проводится чаще всего под внутривенной анестезией и предполагает введение эндоскопического оборудования через цервикальный канал в полость матки. При проведении гистероскопии возможно попадание воздуха в кровеносное русло, но чаще всего, это бывает при газовой гистероскопии. Видимость обеспечивается в первую очередь оптической системой, то есть линзами, которые находятся в трубке эндоскопической, второе, осветитель, который подает свет в полость матки, в частности, ну и третье, это достаточное поступление количества жидкости, которая подается в полость матки. При прекращении подачи жидкости изображение не будет исчезать, будет плохая визуализация. Просто полость матки будет спадаться, приближаться близко стенки матки, если имеются какие-то небольшие кровянистые выделения, они просто будут заполнять полость матки и визуализация будет плохая, а полностью монитор, в таком случае, не гаснет. Визуализация будет нарушена и недостаточна для проведения, например, диагностических процедур.

    В связи с противоречиями судом были оглашены показания указанного специалиста, из которых следует, что согласно медицинской документации (по данным УЗИ) у Н. был выявлен полип цервикального канала. В связи с чем, назначение проведения операции гистероскопия было оправдано. В рассматриваемом случае у Н. операция проходила на 4-й день менструального цикла, (по данным медицинской документации) происходит отторжение эпителия эндометрия с кровотечением, являющееся естественным «повреждением» сосудов. Операция гистероскопия, различают газовую и жидкостную гистероскопию, предназначена для проведения диагностики внутриматочной патологии. В ходе операции для полноценной визуализации полости матки необходимо расширить её, для расширения применяются жидкостные растворы при жидкостной гистероскопии и газ при газовой гистероскопии. Для расширения полости матки при жидкостной гистероскопии используют высоко и низкомолекулярные жидкости. Основные расширяющие среды в современной гистероскопии – это 0,9% раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы, 1,5% раствор глицина. Ход операции – пациентку размещают на операционном столе в горизонтальном положении. Наружные половые органы и влагалище обрабатывают 5% раствором йода или спиртом. Шейку матки фиксируют пулевыми щипцами, что позволяет подтянуть её и выровнять направление цервикального канала, определить длину полости матки. Это также необходимо для расширения цервикального канала расширителями Гегара. Этап расширения шейки матки очень ответственный, поскольку именно на этом этапе чаще всего возникает перфорация матки. Далее расширяется цервикальный канал расширителями Гегара, как правило до №№ – № После чего в полость матки вводится гистероскоп. Гистероскоп вводят в цервикальный канал и под контролем зрения постепенно продвигают в полость матки. Далее тщательно осматривают все стенки матки, область устьев маточных труб и, на выходе цервикальный канал. При обнаружении очаговой патологии эндометрия берут прицельную биопсию эндометрия с помощью биопсийных щипцов, проведённых через операционный канал гистероскопа, которыми производится удаление подозрительного очага, для дальнейшего гистологического исследования и последующего назначения курса лечения. При отсутствии очаговой патологии телескоп удаляют из полости матки производят раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки. Основными причинами плохой видимости при проведении операции могут быть пузырьки воздуха, кровь и неадекватное освещение. При использовании жидкостной гистероскопии необходимо тщательно следить за системой подачи жидкости, во избежание подачи воздуха под давлением, а также поддерживать оптимальную скорость подачи жидкости для отмывания полости матки от крови. Подобного рода операции по времени длятся 5-7 минут и при проведении операции расходуется в среднем до 1 литра раствора .

Относительно оглашенных показаний Ш. пояснил, что анатомическое строение органов матки имеет определенную систему сосудов, которая несколько отличается от всех сосудов, которые проходят в других органах, например в мягких тканях, конечностях и так далее. Когда у женщины происходит менструация, слизистая оболочки отторгается, получается, что эти сосуды зияют, при этом они не повреждаются. Слово «повреждение» тут не применимо совершенно, они оголяются, с них сходит прокладка в виде слизистой оболочки, этим и обусловлено кровянистые выделения. В дальнейшем слизистая начинает обрастать, это происходит по-разному, примерно с 3-4 суток начала менструации и естественно, сосудики потихоньку зарастают и при этом кровотечение останавливается. Это физиология. Повреждения механического или какого-то патологического в период менструации не происходит. Он лишь предположил, из-за чего могла произойти воздушная эмболия. С учетом изучения всей документации, нарушения процедуры проведения операции не было. Откуда мог попасть газ, для него тоже не понятно. В литературе такие случаи, как воздушная эмболия описывают, но это единичные случаи. О том, что у пациентки была воздушная эмболия, он узнал лишь изучая медицинские документы.

Протоколом осмотра от ДД.ММ.ГГГГ осмотрен журнал записи оперативных вмешательств в стационаре «плановый для регистрации визуальных гинекологических обследований №» на 122 листах, где в частности по протоколу операции Н.. (код №) отражено: Операция гистероскопия, 4 день менструального цикла. Продолжительность операции 8 мин. Полость матки не осмотрена, все манипуляции прекращены по просьбе анестезиолога. При извлечении гистероскопа отмечается истечение из полости матки раствора глюкозы окрашенной кровью .

Данный журнал признан и приобщен к уголовному делу в качестве вещественных доказательств .

Допрошенный в судебном заседании по ходатайству стороны зашиты специалист Б.: суду показал, что исследовав заключение эксперта, считает, что никаких нарушений при гистероскопии не было допущено. Не было и ранений крупных сосудов и каких-либо травм в процессе дилатации цервикального канала. На сегодняшний день принято два вида проведения гистероскопии – жидкостная и газовая. В случае с Н. использовался крайне безопасный метод, это жидкостный. Аспирация-ирригация при проведении операции гистероскопии это непременное условие. В большей степени используются приборы без манометров аспирации-ирригации. Подача жидкости идет от 50-200 мл. в минуту, чаще всего это происходит в порядке 50-70 мл в минуту. При жидкостной гистероскопии попадание воздуха в сосуды возможно только при ранении крупных сосудов. Мелкие сосуды не являются на сегодняшний день источником эмболии. Считает невероятным, что при отсутствии вышеназванных условий у Н. могла возникнуть массивная воздушная эмболия. Поступление воздуха через мелкие сосуды маленькими порциями также считает на уровне каких-то неожиданностей,

Согласно диплома серии ФВ № от ДД.ММ.ГГГГ, Авилкин Э.В. окончил государственный медицинский институт по специальности «Лечебное дело» с присуждением квалификации врача ( .

Согласно копии удостоверения № от ДД.ММ.ГГГГ, выданного Авилкину Э.В. медицинской академией Департамента здравоохранения ему присвоена квалификации врача акушера-гинеколога .

Приказом главного врача больницы Свидетель №15 от ДД.ММ.ГГГГ № «О приеме работника на работу» Авилкин Э.В. принят заведующим отделением – врачом-акушером-гинекологом стационара / акушерского отделения .

Согласно пунктов 2.1.1., 2.1.10, 2.1.11., 2.1.20., 2.1.21., 2.1.35., 2.2.1 копии должностной инструкции заведующего акушерским отделением стационара, врача акушера-гинеколога ГБУЗ АО «Коряжемская городская больница», Авилкин Э.В. обязан оказывать квалифицированную медицинскую помощь по своей специальности, используя своевременные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, разрешенные для применения в медицинской практике; на основании клинических наблюдений и обследований, сбора анамнеза, данных клинико-лабораторных и инструментальных исследований устанавливать (или подтверждать) диагноз; в соответствии с установленными правилами и стандартами назначать и контролировать необходимое лечение, организовывать или самостоятельно проводить необходимые диагностические, лечебные, реабилитационные и профилактические процедуры и мероприятия, рационально использовать лекарственные препараты; контролировать правильность проведения диагностических и лечебных процедур, эксплуатацию инструментария, аппаратуры и оборудования; руководить работой подчиненного ему среднего и младшего медицинского персонала, распределять функции и объемы работы между персоналом и оформлять это документально, контролировать выполнение персоналом своих должностных обязанностей; организовывать и контролировать работу операционного блока, участвовать в проведении плановых и экстренных операций, требующих его квалификации; добросовестно исполнять свои трудовые обязанности, возложенные на него трудовым договором .

    Давая оценку изложенным по делу доказательствам, как в отдельности, так и в их совокупности суд находит вину подсудимого в причинении смерти пациентке Н. по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей доказанной.

    Как следует из материалов дела и установлено в судебном заседании ДД.ММ.ГГГГ на базе больницы у пациентки Н. в плановом порядке выполнялась оперативная манипуляция - жидкостная гистероскопия с целью диагностики у нее и удаления полипа цервикального канала. В тот же день пациентка Н. умерла в реанимационном отделении данной больницы.

    Указанные обстоятельства участниками судопроизводства не оспариваются.

    Согласно журнала записей оперативных вмешательств на операции гистероскопия участвовали – Авилкин, Свидетель №2, операционная сестра Свидетель №3, анестезиолог Свидетель №1.

    Также из показаний указанных лиц в тот день в операционной присутствовали санитарка операционного блока Свидетель №4 и медсестра отделения анестезиологии и реанимации Свидетель №5.

     Из показаний свидетеля Свидетель №2 следует, что вначале к операции приступила она, ею начат процесс расширения цервикального канала с помощью расширителя Гегара, после чего к операции приступил Авилкин, расширил цервикальный канал до №, взял гистероскоп, проверил его готовность, открыл кран и начал гистероскопию.

    Указанное подтверждается показаниями иных участников операции и не оспаривается самим Авилкиным.

    Таким образом, в силу своих профессиональных обязанностей приступив к манипуляциям с помощью гистероскопа Авилкин, как оперирующий врач имеющий соответствующие знания и специализацию, обязан и должен был проводить и контролировать правильность выполнения данной процедуры.

    Далее, как установлено материалами дела, в ходе операции у пациентки Н. возникла клиническая картина прекращения кровотока в легочной артерии, которая развилась остро, внезапно через 13 минут после начала анестезии и через 8 минут после начала оперативного вмешательства (менее чем через одну минуту после ввода гистероскопа в цервикальный канал).

    Данные обстоятельства подтверждаются как данными медицинской документации, так и показаниями свидетелей Свидетель №1, Свидетель №2, Свидетель №3, Свидетель №5.

В своих показаниях свидетель (анестезиолог) Свидетель №1 указала, что она сразу предположила, что случилась воздушная эмболия. Обоснованность доводов указанного свидетеля подтвердили и реаниматологи Свидетель №8, Свидетель №9, Свидетель №12, непосредственно участвующие в реанимационных мероприятиях Н..

Их показаний свидетеля В. (врач-терапевт) также следует, что во время реанимационных мероприятий анестезиологи из подключичной вены шприцом откачивали воздух (пенистую массу).

    Согласно заключения экспертизы трупа и показаний судебно-медицинского эксперта смерть пациентки Н. последовала от воздушной    эмболии.

    Данные выводы объективно подтверждаются как заключением комиссии ЛКК, так и заключениями экспертов .

    Согласно выводам экспертов г. Казани воздушная эмболия (попадание большого количества воздуха в кровеносную систему Н.) возникла в ходе проведения оперативного вмешательства гистероскопия.

    На данные обстоятельства ссылаются в своих выводах и эксперты г. Санкт–Петербурга.

    При таких обстоятельствах с учетом показаний свидетелей Свидетель №1. Свидетель №2, Свидетель №5, Свидетель №3 суд считает достоверным установленным, что именно в ходе операции гистероскопия развилась воздушная эмболия, которая и явилась причиной смерти Н..

    Согласно выводов как экспертов, так и доводов специалистов и свидетелей причиной развития воздушной эмболии является поступление воздуха из внешней среды в кровеносное русло.

    Экспертами г. Санкт–Петербурга давалась оценка, что в случае с Н. в качестве источника проникновения воздуха имелось два пути – через периферическую вену, катетеризированную для обеспечения анестезиологического пособия и через вены половых органов.

    Из показаний свидетеля Свидетель №1, Свидетель №5, Свидетель №9 применение анестезиологического пособия к возникновению воздушной эмболии привести не могло.

    Данные доводы подтверждаются и выводами экспертов г. Санкт-Петербурга, согласно которым поступление воздуха через систему внутривенных инфузий в объеме более 40 мл исключается.

    Материалами дела установлено, что во время операции использовался гистероскоп, подключенный системой трубок к аспиратору – ирригатору для брюшной полости, не предназначенный по своим техническим характеристикам для операций гистероскопия, но применяемый в аналогичных операциях специалистами больницы в качестве ирригатора, по причине отсутствия в учреждении аппарата, поддерживающего постоянное давление при операциях гистероскопия, то есть гистеропомпы, используемый для подачи жидкости в операционное поле под давлением для расширения полости матки и улучшения обзора (система ирригации), используя в качестве жидкости 5% водный раствор глюкозы.

    Данное обстоятельство подтверждается показаниями специалиста Ч., а также показаний свидетеля Свидетель №17, из которых следует, что для подачи жидкости при проведении операции гистероскопия применяются гистеропомпы. Прибор аспиратор–ирригатор для брюшной полости АИ-01-«МФС», фирмы «Медфармсервис», в целом не предназначен для проведения операций гистероскопия, а предназначен для операций лапороскопия, но при тщательном контроле подачи жидкости в операционное поле его (прибор) при операциях – гистероскопия использовать можно.

    О необходимости правильного выполнения техники жидкостной гистероскопии, исключающей возможность попадания воздуха в полость матки и цервикального канала ссылаются в своем заключении, как специалист Ш., так и эксперты г. Санкт-Петербурга в своих оценках о результатах исследования материалов дела.

    При таких обстоятельствах в силу своих профессиональных обязанностей Авилкин Э.В., как оперирующий врач в ходе операции обязан был обеспечивать должный контроль за поступлением ирригирующей жидкости в систему ирригации и при попадании в систему воздуха прекратить работу гистероскопа.

    По выводам экспертов г. Санкт-Петербурга в рассматриваемом с Н. случае, данная ситуация возникла при подаче воздуха в полость матки под давлением из ирригатора (при отсутствии жидкости в присоединенном флаконе для ирригации).

    Смерть Н. находится в прямой причинной связи с воздушной эмболией, явившейся прямым следствием нарушение техники выполнения гистероскопии.

    Вышеуказанные выводы экспертов носят последовательный и логичный характер, являются научно обоснованными, оснований не доверять указанным выводам у суда нет.

    Так из показаний свидетеля Свидетель №1 следует, что во время операции, когда Авилкин работал гистероскопом, на экране монитора она увидела пузырьки воздуха, одновременно с этим кончилась вода в бутылке и бутылку раздуло. При этом все стали говорить, что надо поменять бутылку.

    Оснований не доверять показаниям указанного свидетеля у суда не имеется.

    Исходя из обстоятельств, отраженных в фототаблице к протоколу проверки показаний свидетеля Свидетель №1 на месте, следует, что относительно месторасположения участников операционной бригады, Свидетель №1 видела как экран монитора на эндоскопической стойке, так и стойку с пластиковыми бутылками из которых в гистероскоп по трубкам подавалась орошающая жидкость.

    Исходя из показаний свидетеля Свидетель №3, данных ей в период предварительного следствия следует, что операция по требованию Свидетель №1 была остановлена именно в период, когда санитарка переключала бутылки.

    Данные обстоятельства подтвердила и свидетель Свидетель №4, при этом на следствии также указывала, что действительно в ходе операции Свидетель №3 от Авилкина потупила команда срочно поменять бутылки.

Из показаний специалиста Ч., используемый в операции аппарат имел следующий принцип работы - аспиратор-ирригатор выдавал воздух, который выдавливал физраствор из бутылок через сам гистероскоп в место операции. Имеется педаль включения и выключения.

Данные обстоятельства сторонами не оспаривались, при этом как установлено материалами дела во время операции гистероскопия педаль включения и выключения аспиратора-ирригатора нажимает оперирующий врач.

Согласно показаниям свидетелей Свидетель №3, Свидетель №13, Свидетель №14 аспиратор-ирригатор в ходе операции был в рабочем состоянии, то есть мог «выдавать» воздух и создавать давление в бутылке.

Из показаний свидетеля Свидетель №17, следует, что при проведении данных операций возможны случаи, когда вместо жидкости начинает идти воздух, при этом операцию следует приостановить и только после замены бутылок ее можно продолжить.

О необходимости прекращения операции, без извлечения самого гистероскопа, в случае если по системе пошел воздух суду пояснил и специалист Б..

    Таким образом, из совокупности исследованных доказательств, учитывая, что манипуляции с гистероскопом были приостановлены уже после требования Свидетель №1, суд отвергает доводы стороны защиты, а также свидетелей Свидетель №2 и Свидетель №3 о том, что воздуха в системе не было, и приходит к выводу, что в данном случае оперирующий врач Авилкин не обеспечил должного контроля за поступлением ирригирующей жидкости в систему ирригации и своевременно не прекратил работу данной системы, допустив одномоментное попадание значительного объема воздуха в половые пути и кровеносную систему Н. под давлением из системы ирригации.

    На недостоверность сведений о якобы правильной технике подачи жидкостной среды в ходе проведения гистероскопии отметили и эксперты в своем заключении от ДД.ММ.ГГГГ.

    Как следует из заключения экспертов г. Санкт-Петербурга повреждения сосудов половых органов при гистероскопии возможно при наложении пулевых щипцов, при растяжении рубцовоизмененной стенки шейки матки (при расширении цервикального канала либо поступлении жидкости (газа) под давлением. Кроме того, в первые дни менструального цикла (у Н. 4–й день по документации) происходит отторжение эпителия эндометрия с кровотечением, т.е. с естественным повреждением сосудов.

    Из показаний специалиста Ш. следует, что когда у женщины происходит менструация, слизистая оболочки отторгается, получается, что эти сосуды зияют, они оголяются, с них сходит прокладка в виде слизистой оболочки, этим и обусловлено кровянистые выделения.

    Их показаний свидетеля Свидетель №1 следует, что во время операции она видела на экране монитора струйку крови. После того, как Авилкин извлек гистероскоп, то она увидела умеренное кровотечение из половых путей.

    Из показаний свидетеля Свидетель №9 также следует, что когда он пришел в операционную из матки немного «кровило».

    О том, что из половых путей после операции истекала жидкость розовой окраски подтвердила и свидетель Свидетель №3.

    В своих показаниях свидетель Свидетель №5 указывала, что она видела после операции, что пеленка у половых органов Н. испачкана кровью.

    При таких обстоятельствах доводы стороны защиты об отсутствие входных «ворот» для поступления воздуха в сосудистое русло суд отвергает.

    Как пояснил в судебном заседании эксперт З. имел факт повреждений сосудов матки, при этом при вскрытии не всегда увидишь поврежденные сосуды и на гистологию, на срезы, не всегда попадают поврежденные сосуды, поэтому невозможно все сосуды досконально исследовать.

    Эксперт в судебном заседании также показал, что при вскрытии трупа Н. в его задачу входило установление причины смерти пациентки, а не источника возникновения воздушной эмболии.

    Таким образом, суд приходит к выводу, что именно через поврежденные сосуды половых органов имело место поступление воздуха в кровеносную систему пациентки Н., что в итоге привело к развитию воздушной эмболии.

    Доводы же стороны защиты о том, что в микрососуды одномоментно более 100 мл воздуха само по себе не попадёт, опровергаются выводами экспертов г. Санкт-Петрберга, согласно которым одновременное проникновение воздуха в значительном размере через половые пути в кровеносное русло представляется лишь при активном поступлении воздуха под давлением из ирригатора в полость матки, что в данном случае нашло свое объективное подтверждение.

    При таких обстоятельствах суд также и отвергает доводы свидетеля Свидетель №19 о том что, воздух вполне мог попасть в кровеносное русло Н. небольшими порциями.

Учитывая изложенное суд приходит к выводу, что именно Авилкин по небрежности выполняя плановую операцию гистероскопию, направленную на устранение у Н. полипа цервикального канала, нарушил технику выполнения данной операции, а именно допустил одномоментное попадание значительного объема воздуха (более 100 мл) в половые пути и кровеносную систему Н. под давлением из системы ирригации, которые явились причиной развития у пациентки воздушной эмболии, находящейся в прямой причинно-следственной связи со её смертью.

    При этом нарушая технику выполнения данной операции вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей Авилкин при необходимой внимательности и предусмотрительности и обладая специальными навыками и познаниями должен был и мог предвидеть последствия своих действий.

При таких обстоятельствах действия Авилкина Э.В. суд квалифицирует по ч. 2 ст. 109 УК РФ - причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей.

    При этом из обвинения Авилкина Э.В. суд исключает его действия в том, что он приступил к операции не убедившись в необходимости проведения манипуляции гистероскопия, которая согласно инструкции по организации работы женской консультации утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрав России) № 50 от 10.02.2003 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях», отнесена к малым гинекологическим операциям, выполняемым в дневных стационарах женских консультаций,

    Как следует из материалов дела, в частности заключений экспертов, возможность избежать неблагоприятного исхода заключалась не в сроке и виде медицинского вмешательства, а в соблюдении правил техники выполнения данной манипуляции.

    Кроме того, как следует из показаний свидетелей, в частности свидетеля Свидетель №2, непосредственно операцию должна была проводить она, она же и проводила предоперационный осмотр пациентки.

    При определении меры и вида наказания суд, в соответствии с ч. 3 ст. 60 УК РФ, учитывает характер и степень общественной опасности преступления и личность виновного, в том числе обстоятельства, смягчающие наказание, а также влияние наказания на исправление осуждённого и на условия жизни его семьи.

    Авилкин Э.В. совершил преступление, относящееся к категории небольшой тяжести. Ранее не судим.

На учете у врача-психиатра и врача-нарколога не состоит. Инвалидности не имеет .

По месту проживания и прежнему месту работы характеризуется положительно .

    Наличие у Авилкина Э.В, двух несовершеннолетних детей, заболевания и принесение соболезнований потерпевшей стороне суд признает обстоятельствами, смягчающими его наказание - ч. 2 ст. 61 УК РФ .

Отягчающих вину обстоятельств по делу не установлено.

    Принимая во внимание, что подсудимый Авилкин Э.В. ранее к уголовной ответственности не привлекался, характеризуется положительно, с учетом наличия смягчающих наказание обстоятельств и отсутствие отягчающих, суд считает возможным назначить ему наказание, не связанное с лишением свободы, а следует назначить наказание в виде ограничения свободы с установлением определенных ограничений и с назначением дополнительного наказания в виде лишения права заниматься врачебной деятельностью.

Оснований для применения ст. ст. 64, 62 ч.1 УК РФ суд не усматривает.

    В соответствии с п. "а" ч. 1 ст. 78 УК РФ лицо освобождается от уголовной ответственности за совершение преступления небольшой тяжести, если со дня совершения преступления истекли два года.

    Сроки давности привлечения Авилкина Э.В. к уголовной ответственности за преступление, предусмотренное ч. 2 ст. 109 УК РФ, истекли ДД.ММ.ГГГГ

На прекращение уголовного дела за истечением сроков давности Авилкин Э.В. не согласен.

    Учитывая, что по делу постановляется обвинительных приговор, Авилкин Э.В. подлежит освобождению от наказания, назначенного судом, на основании п. "а" ч. 1 ст. 78 УК РФ, ч. 8 ст. 302 УПК РФ за истечением сроков давности привлечения его к уголовной ответственности за преступление, предусмотренное ч. 2 ст. 109 УК РФ.

Гражданский иск по делу не заявлен.

    Судьбу вещественных доказательств по делу следует разрешить в порядке ст. 81 ч. 3 УПК РФ, а именно:

    - индивидуальные и медицинские карты имя Н., а также рентген снимок – хранить при уголовном деле.

    - журнал записи оперативных вмешательств в стационаре «плановый для регистрации визуальных гинекологических обследований №» на 122 листах - вернуть по принадлежности в больницу.

- медицинские инструменты и аппаратуру – оставить по принадлежности в больницу

    По уголовному делу имеются процессуальные издержки, состоящие из:

    - вознаграждения, выплаченного адвокату Чанцеву Д.А. за оказание юридической помощи по назначению на предварительном следствии в размере 3 332 рублей ;

    - вознаграждений, выплаченных адвокату Долгановой Е.В. за оказание юридической помощи по назначению на предварительном следствии в размере 1 666 рублей .

    Разрешая вопрос о распределении процессуальных издержек суд приходит к выводу, что с учетом требований п. 5 ч. 2 ст. 131, ч. 1 ст. 132 УПК РФ подлежат взысканию с подсудимого издержки по оплате сумм, выплаченных адвокату Чанцеву Д.А., поскольку судом не установлено, предусмотренных ч. 6 ст. 132 УПК РФ оснований для его освобождения от возмещения указанных процессуальных издержек.

    Относительно процессуальных издержек, связанных с оплатой труда адвоката Долгановой Е.В. в размере 1 666 рублей на стадии предварительного расследования за проведение процессуального действия ДД.ММ.ГГГГ суд полагает данные издержки отнести за счет средств федерального бюджета, так как на тот момент у обвиняемого Авилкина Э.В. уже было заключено соглашение с адвокатом Болтушкиной И.А. от услуг которой он, в порядке ст. 52 УПК РФ не отказывался.

    На основании изложенного и руководствуясь ст. 307-310, Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации, суд

ПРИГОВОРИЛ:

    Признать Авилкина Э. В. виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 Уголовного кодекса Российской Федерации и назначить ему наказание в виде ограничения свободы на срок 2 (два) года с лишением права заниматься врачебной деятельностью сроком на 2 (два) года.

    Установить Авилкину Э.В. следующие ограничения: не выезжать за пределы территории муниципального образования «...»; не изменять место жительства или пребывания, без согласия специализированного государственного органа, осуществляющего надзор за отбыванием осужденными наказания в виде ограничения свободы.

    Возложить на Авилкина Э.В. обязанность - один раз в месяц являться для регистрации в специализированный государственный орган, осуществляющий надзор за отбыванием осужденными наказания в виде ограничения свободы,

    Освободить Авилкина Э.В. от назначенного по ч. 2 ст. 109 УК РФ наказания на основании п. «а» ч. 1 ст. 78 УК РФ за истечением срока давности уголовного преследования.

Меру пресечения – подписку о невыезде и надлежащем поведении по вступлению приговора в законную силу - отменить.

Взыскать с Авилкина Э. В. в пользу федерального бюджета Российской Федерации процессуальные издержки по оплате сумм, выплаченных адвокату Чанцеву Д.А. за оказание юридической помощи на предварительном следствии в размере 3 332 рубля 00 копеек.

Вещественные доказательства:

    - индивидуальную карту 99071 №ЖК на имя Н. на 51 листах; индивидуальную карту № на имя Н. на 30 листах; медицинскую карту № стационарного больного Н. на 25 листах; один рентген снимок грудной клетки Н. – хранить при уголовном деле;

    - журнал записи оперативных вмешательств в стационаре «плановый для регистрации визуальных гинекологических обследований №» на 122 листах - вернуть по принадлежности больнице;

    - контактную оптическую трубку для гистероскопа ГЭК – «Азимут» С-П Россия зав. №; гистероскоп «KARL STORZ Germany 26163 CS» (состоящий из внешнего и внутреннего тубуса) в сборном виде; «эндоскам 450», SN02-0375.05, инв. №, фирмы «Азимут»; аспиратор-ирригатор для брюшной полости, модель АИ-01-«МФС», SN1165. инв.№, фирмы «Медфармсервис»; медицинский монитор «ТМ-А 170 G». SN17908810, фирмы «JVC», Япония; источник света эндоскопического марки «STORZ, Autocon 350». Coldlight fountaln, инв. №, производитель Германия (аппарат «ТУР») – оставить по принадлежности в больнице.

Приговор может быть обжалован в Архангельский областной суд путём подачи апелляционной жалобы или представления через Коряжемский городской суд в течение 10 суток со дня его постановления.

В случае подачи апелляционной жалобы осуждённый вправе ходатайствовать о своём участии в рассмотрении дела судом апелляционной инстанции, о чём должен указать в жалобе, а в случае подачи представления или жалобы другого лица – в отдельном ходатайстве или возражениях на жалобу (представление) в течение 10 суток со дня вручения копии жалобы (представления).

Осуждённый также вправе ходатайствовать об апелляционном рассмотрении дела с участием защитника, о чём должен подать в суд, постановивший приговор, соответствующее заявление в срок, установленный для подачи возражений на жалобы (представление).

Председательствующий С.В. Шевелёв