

М. С. Опанасенко, Б. М. Конік, О. В. Терешкович, Л. І. Леванда ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА: СУТЬ ПРОБЛЕМИ І КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНОГО ВИДАЛЕННЯ СТОРОННЬОГО ТІЛА ПЛЕВРАЛЬНОЇ ПОРОЖНИНИ

ДУ "Національний інститут фіззіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України"

Огляд літератури

Лікарська помилка — помилка лікаря при виконанні своїх професійних обов'язків, що є наслідком добросовісної оми і не містить складу злочину або ознак проступку. Наразі в Україні проблема лікарських помилок є «популярним» предметом досліджень як медиків, так і юристів, та, незважаючи на досить ґрунтовні результати розробки цієї проблематики (у літературі можна знайти близько 70 різних визначень термінів «медична помилка» чи «лікарська помилка»), термін «медична помилка» не має відповідного легального правового закріплення. Дефініцію цього поняття не можна знайти у жодному з нормативних актів чинного законодавства (були лише згадування в одному з проєктів Закону України «Про права пацієнтів» та деяких інших законопроєктах) [1].

Причини помилок можуть бути об'єктивними й суб'єктивними. Перші найчастіше пов'язані зі зміною поглядів на лікування певного захворювання. Комплекс лікувальних заходів, що ще зовсім недавно вважався найбільш раціональним, з позицій новітніх досягнень науки може бути кваліфікований як помилковий. Сюди ж відносяться помилки, допущені лікарями в процесі їхнього спілкування з пацієнтами внаслідок недотри-

мання основних деонтологічних принципів, неупевненості. Суб'єктивні причини: переоцінка лабораторних й інструментальних даних, нелогічне їхнє осмислення, упереджене відношення до хворого, особливості психіки лікаря. На частку суб'єктивних причин лікарських помилок доводиться 60 % від загальної їхньої кількості [2]. Кожний лікар не вільний від професійних помилок, також як і представник будь-якої спеціальності. Однак через особливість професії вони здобувають суспільне значення [1].

У нашому суспільстві закріплено переконання: сапер може помилятися тільки один раз, лікар — жодного. І тим не менше, наприклад, в Росії за неофіційною статистикою кожен третій діагноз лікарі встановлюють невірно. Результати патологоанатомічних даних, отриманих в чотирьох великих лікарнях Москви, показали, що в 21,6 % випадків встановлений за життя діагноз був неправильний. У кожному з п'яти випадків не було діагностовано запалення легень, а помилки при діагностиці злоякісних новоутворень склали 30–40 % [6].

Так в США частка лікарських помилок становить 3–4 %, в Великобританії — 5 %, у Франції — 3 %. У Великобританії від лікарських помилок щорічно поми-

рає до 70 тис. людей, в США за різними оцінками 50–100 тис. В США лікарські помилки займають 5-е місце серед причин смертності. Кожні 15 хв. в цій країні від лікарських помилок або недобросовісності медичного персоналу вмирають 5 осіб. За інформацією Іспанської асоціації жертв медичної недбалості, де діє переважно державна система охорони здоров'я, за останні 10 років померло близько 5 тис. пацієнтів з причини лікарської помилки [3, 5].

За підрахунками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, в Україні через лікарську недбалість щодня помирає 6–7 хворих і втричі більше стають інвалідами. При цьому щороку до кримінальної відповідальності притягується тільки близько десяти медичних працівників. Медичні працівники вважають, що їх помилки мають бути неосудними, в медичній практиці вони найчастіше виникають через складність функціонування організму людини та неконтрольованість патологічного процесу, на який не повною мірою впливає лікування. Таким чином, традиційна для медиків позиція зрозуміла: медична помилка — це випадковий збіг обставин або наслідок недосконалості медичної науки та техніки. Вона не є результатом халатного, безвідповідального ставлення лікаря до своїх обов'язків, неучтва чи злочинної дії. Тобто при такій помилці вина медичного працівника відсутня і взагалі немає складу правопорушення, а тому притягнення до правової (цивільної чи іншої) відповідальності бути не може [2].

Пацієнти, їх близькі та родичі навпаки вважають, що кожен медичний працівник, який мав відношення до лікування та обстеження конкретного хворого, який після цього одержав тяжкі наслідки, усі мають бути максимально покарані. Головна теза прихильників «юридичного напрямку»: медична помилка — це недбалі, несумлінні, необережні дії та прийоми з надання медичної допомоги (послуг), результатом яких виявилось тілесне ушкодження або смерть пацієнта. Тобто, виходить, що медичні помилки завжди тягнуть за собою цивільно-правову відповідальність [4].

Важливим є той факт, що в українському законодавстві немає термінів «лікарська помилка» або «лікарська недбалість». Є «неналежне виконання професійних обов'язків», за яке Кримінальний Кодекс передбачає значно менш суворе покарання, ніж за деякі інші провини, які тягнуть збиток для життя або здоров'я [1].

Незважаючи на сучасні значні успіхи в лікуванні багатьох захворювань, слід погодитися з тим, що безпомилкова робота лікарів, у принципі, неможлива, зважаючи на специфіку медицини, що має справу зі здоров'ям і життям людини. Враховуючи таку специфіку, завданням правового регулювання медичної діяльності є вироблення правильної, продуманої та єдиної позиції щодо юридичної кваліфікації помилкових дій лікарів [3].

Головним же завданням лікарів є розробка нових, більш досконалих методів діагностики і лікування різних захворювань, а також — удосконалення способів раннього виявлення лікарських помилок і можливостей їх виправлення з мінімальними фізичними, матеріальними і психологічними затратами для пацієнта [6].

Особливу увагу і невідому цікавість суспільства складають випадки залишення різних предметів в порожнинах чи тканинах організму. Дуже часто завдяки засобам масової інформації така лікарська помилка стає надбанням громадськості. Не існує достовірних статистичних даних щодо кількості забутих в організмі сторонніх предметів (затискачів, голок, марлевих серветок тощо), адже такі випадки лікарі стараються не виносити за межі лікувального закладу, і при достатній своїй компетентності локалізують і гасять конфлікт самостійно. Для наочності наводимо приклад залишення стороннього тіла в плевральній порожнині, з яким пацієнтка прожила 3 роки.

Клінічний випадок

Хвора Х., 1960 р. н., була госпіталізована у відділення торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України” з попереднім діагнозом новоутворення верхнього межистіння справа. При госпіталізації хвора пред'являла скарги на приступоподібний кашель, задишку при помірному фізичному навантаженні. Також у пацієнтки була різко виражені ознаки хронічної інтоксикації: постійна втомлюваність, виражена слабкість, підвищена пітливість тощо.

З анамнезу стола відомо, що 3,5 роки назад їй було проведено оперативне втручання на правій легені — енуклеація гамартохондроми верхньої частки правої легені. Пацієнтка чітко пов'язувала початок вищезгаданих скарг з хірургічним втручанням.

На протязі всього післяопераційного періоду (за 3,5 роки) хворій багаторазово виконувалась оглядова рентгенографія (ОРОГП) і комп'ютерна томографія (КТОГП) органів грудної порожнини (рис. 1 і рис. 2), де в куполі правої плевральної порожнини визначалось округле утворення з чіткими контурами, яке щільно пролягало до верхньої порожнистої вени та інших структур верхнього межистіння, а також віддавлювало паренхіму легені латеральніше. Вміст новоутворення трактувався як гомогенний.

На протязі всіх 3,5 років хворій були виставлені різноманітні діагнози: аневризма підключичної вени справа, доброякісна пухлина, осумкована гематома тощо.



Рис. 1. ОРОГП хворої Х. через 6 міс після енуклеації гамартохондроми.

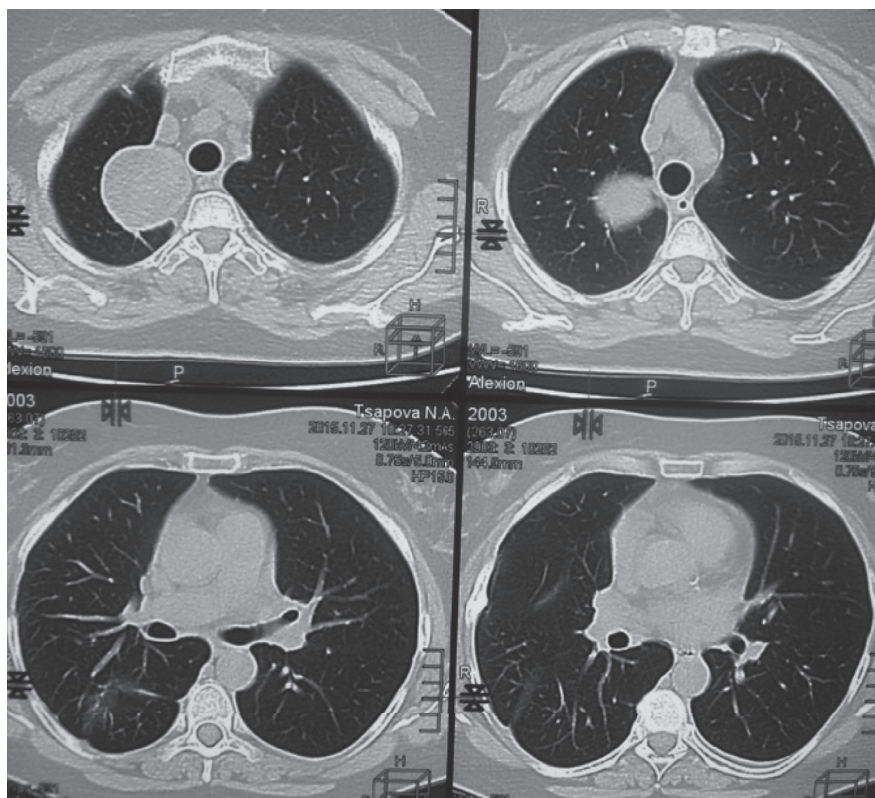


Рис. 2. КТОГП хворої Х. через 2 роки після енуклеації гамартохондрому.

Пацієнтка не однократно проходила курси антибактеріальної і дезінтоксикаційної терапії, проте значного ефекту від такого лікування не було. Їй також був встановлений діагноз бронхіальної астми і була призначена інгаляційна терапія.

При госпіталізації значних відхилень в загальноклінічних обстеженнях у хворої не було виявлено. Було діагностовано порушення функції зовнішнього дихання по змішаному типу з переважанням бронхообструкції.

Враховуючи анамнестичні і клініко-рентгенологічні у хворої було запідозрено осумковану емпієму правої плевральної порожнини. Висловлювалось припущення про можливість залишення хірургами марлевої серветки в плевральній порожнині. Було прийнято рішення провести відеоторакоскопічну (ВТС) ревізію правої плевральної порожнини.

Протокол операції

ВТС пневмоліз справа, вскриття осумкованої емпієми верхньо-середнього межистіння з видаленням стороннього тіла.

Під однолегеневим інтубаційним наркозом після обробки операційного поля і використання захисної плівки за допомогою 4-х портів було досягнуто облітеровану праву плевральну порожнину. Поетапно проведено інтраплевральний пневмоліз. Особливі технічні труднощі визначались в ділянці післяопераційного рубця та верхівки легені. В верхньо-середньому межистінні було візуалізоване утворення, яке розташовувалось на верхній порожнистій вені, трахеї і непарній вені. При інструментальній пальпації з утворення почав виділятися гній. В безпечному місці було проведено розсічення капсули емпієми. Аспіровано 100 мл гною. При

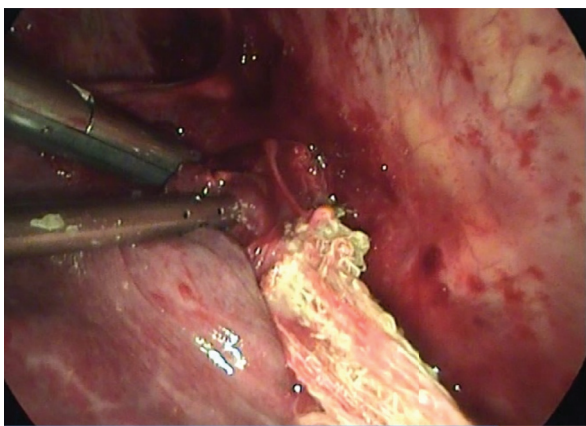


Рис. 3. Видалення марлевих серветок з порожнини емпієми у хворої Х.



Рис. 4. ОРОГП хворої Х. через 2 дні після операції.

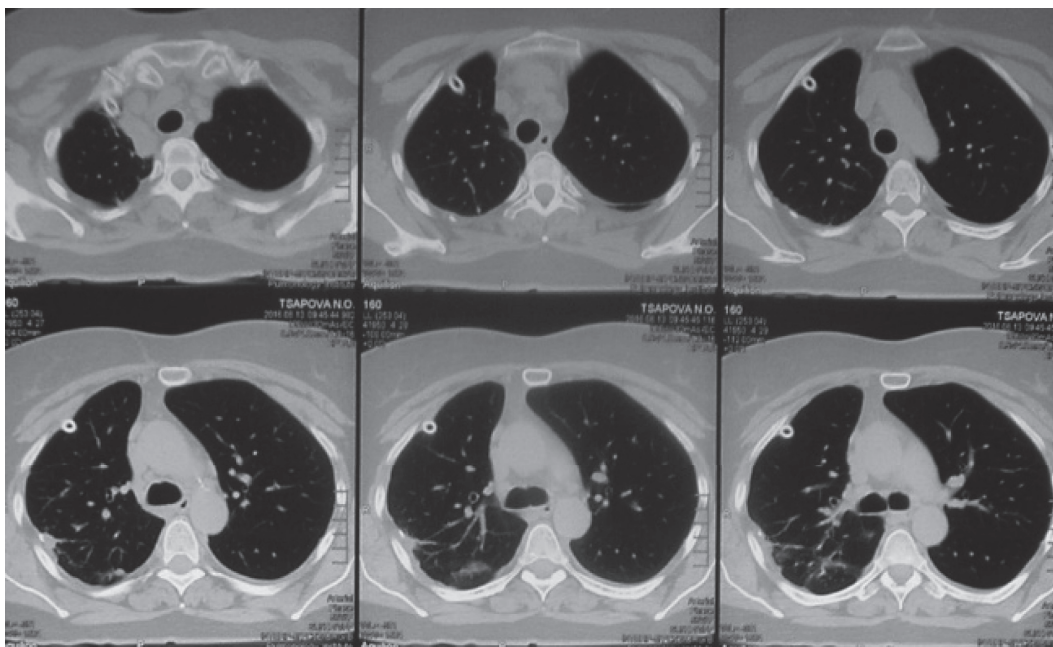


Рис. 5. КТОГП хворої Х. через 12 днів після операції.

візуальній ревізії в порожнині емпієми було виявлено марлеві серветки. Останні видалено (рис. 3). Розширено отвір порожнини емпієми, проведено її багаторазову санацію. При роздуванні легеня виміщує весь післяопераційний простір, однак визначались місця просочування повітря. Останні було ушито ендосцеплером. Після контролю аеро- і гемостазу було встановлено дренаж в порожнину емпієми і 3 дренажі в плевральну порожнину. Операція була закінчена підключенням дренажів до системи Бюлау. Тривалість операції склала 2 години 40 хвилин, а крововтрата — 80 мл.

Післяопераційний період перебігав відносно гладко, але була необхідність призначення інтенсивної антибак-

теріальної терапії. На ОРОГП через 2 дні (Рис. 4) і КТОГП через 12 днів після операції (рис. 4) порожнина емпієми не визначалась, легеня була розправлена, плевральна порожнина — дренажена. Дренажі були видалені через 2 тижні.

Хвора в задовільному стані була виписана із стаціонару через 3 тижні.

Висновок

Неможливо достовірно сформулювати причини подібної лікарської помилки, проте однозначно можна стверджувати, що уважність усього персоналу хірургічної бригади є основною умовою попередження даного недбальства.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антонов, С. В. Медична помилка: юридичний аспект [Текст] / С. В. Антонов // Медичне право. — 2008. — № 10. — Т. 56. — С. 94–96.
2. Білецька, Г. А. Причини виникнення лікарських помилок в медичній практиці на сучасному етапі [Текст] / Г. А. Білецька // Теорія і практика правознавства. — 2015. — № 1. — Т. 7. — С. 1–13.
3. Бобров, О. Е. Врачебная ошибка или профессиональное невежество? Мифы, иллюзии, реальность [Текст] / О.Е. Бобров // Лекарь. — 2008. — № 1–2. — С. 6–12.
4. Стеценко, С. Г. Хто і коли відповідатиме за хвороби і передчасне вимирання українців? [Текст] / С. Г. Стеценко // Ваше здоров'я. — 2007. — № 47. — С. 60–63.
5. Титикало, Р. С. Лікарська (медична) помилка: медичне та правове поняття [Текст] / Р. С. Титикало, Т. В. Гандзій // Юридичний вісник. — 2014. — № 3. — Т. 32. — С. 99–103.
8. Черников, Е. Э. Врачебная ошибка: невежество или халатность? [Текст] // Е. Э. Черников, М. М. Зарецкий, Н. М. Черникова // Укр. мед. часопис. — 2009. — № 2. — Т. 70. — С. 70–73.