

43. Kibler J.L. Hypertension in relation to posttraumatic stress disorder and depression in the US National Comorbidity Survey / J.L. Kibler, K. Joshi, M.Ma // Behav Med. – 2009. – Vol.34. – P.125-132.
44. Military combat and burden of subclinical atherosclerosis in middle aged men: the ARIC study/ AM Johnson [et al.] // Prev Med. – 2010. – Vol.50. – P.277-281.
45. Posttraumatic Stress Disorder and Incident Heart Failure Among a Community-Based Sample of US Veterans/ S. S.Roy, R. E.Foraker, R. A.Girton, A. J. Mansfield// Am J Public Health. – 2015. – Vol.105, No. 4. – P.757-763.
46. Rohleder N. Role of endocrine and inflammatory alterations in comorbid somatic diseases of post-traumatic stress disorder/ N. Rohleder, A.Karl/ / Minerva Endocrinologica. – 2006. – Vol.31. – P.273-288.
47. Schnurr P.P. Understanding relationships among trauma, post-traumatic stress disorder, and health outcomes/ P.P. Schnurr, B.L. Green // Advances Spring. – 2004. – Vol.20. – P.18-29.
48. Serum lipid concentrations in Croatian veterans with post-traumatic stress disorder, posttraumatic stress disorder comorbid with major depressive disorder, or major depressive disorder/ D. Karlovic [et al.]. // J Korean Med Sci. – 2004. – Vol.19. – P.431-436.
49. Steven S. Coughlin Post-traumatic Stress Disorder and Cardiovascular Disease S.Steven // Open Cardiovascular Medicine Journal. – 2011. – V.5. – P.164-170.
50. Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: findings from the general population/ C. Spitzer [et al.]. // Psychosom Med. – 2009. – Vol.71. – P.1012-1017.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Рум'янцев Ю.В.

УДК 340.624.6:616 – 006.442/.443

СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА ВСТАНОВЛЕННЯ ДІАГНОЗУ «ЛІМФОГРАНУЛЕМАТОЗ»

Н.М. Ергард, кандидат медичних наук, асистент кафедри судової медицини та медичного права Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

Резюме. У статті викладена судово-медична оцінка встановлення діагнозу «лімфогранулематоз» починаючи від первинного етапу діагностики даного захворювання до обрання тактики лікування, дефекти надання медичної допомоги при встановленні діагнозу «лімфогранулематоз», правові аспекти відповідальності медичних працівників за неналежне надання медичної допомоги.

Ключові слова: судово-медична експертиза, лімфогранулематоз, медична допомога, тактика лікування.

Вступ. Лімфогранулематоз займає не останнє місце серед онкологічних захворювань лімфатичної системи, проте, нажаль, через невиражену клінічну симптоматику цей діагноз встановлюють вже на пізніх стадіях. Однак, навіть, коли пацієнт звертається на початковому етапі захворювання, деякі лікарі, через свої низькі професійні якості, не в змозі розпізнати лімфогранулематоз.

Мета роботи – дати судово-медичну оцінку встановлення діагнозу «лімфогранулематоз», надати правові аспекти

відповідальності медичних працівників за дефекти у наданні медичної допомоги починаючи від етапу діагностики даного захворювання до обраної тактики лікування, викласти доцільність проведення судово-медичної експертизи при зверненні громадян, яким неправильно був встановлений даний діагноз у лікарняних закладах.

Матеріали та методи дослідження. Об'єктом дослідження були матеріали кримінальних справ та медична документація потерпілих осіб.

Результати дослідження та їх обговорення. Лімфогранулематоз, або лімфома Ходжкіна – це утворення гранульом з розростанням волокнистих структур в лімфатичних вузлах та органах [1]. Дане захворювання зустрічається в осіб різного віку, нові випадки захворювання реєструються з частотою 2,6 - 4,0 на 100 000 населення в рік. Перший пік захворюваності припадає на осіб віком 15 - 35 років, другий - у віці старше 50 років [2,3,4]. З частотою поширеності лімфогранулематозу (надалі – ЛГ) серед осіб жіночої та чоловічої статі на ранніх стадіях спостерігається в рівній мірі, однак, на пізніх стадіях серед хворих переважають чоловіки. На даний час етіологія захворювання невідома, проте, вважають, що провідну роль грає вірусна етіологія, наприклад, вірус Епштейна-Барр, але безперечних доказів вірусної теорії не отримано. Деякі автори схиляються до стресової етіології захворювання, проте більшість дослідників вбачають і генетичні фактори та дію іонізуючого випромінювання [2,3].

Особливістю ЛГ є те, що клінічна симптоматика починається зі збільшення лімфатичних вузлів (лімфаденопатія) переважно в ділянці шиї справа, зазвичай на дотик вони безболісні, тому не турбують хворого. Збільшення лімфатичних вузлів починається поступово, тому при огляді хворого їх можна визначити на дотик, іноді лімфаденопатію встановлюють випадково при проведенні ультразвукового дослідження органів шиї, грудної та черевної порожнини.

Саме на цьому етапі деякі лікарі не в змозі правильно оцінити лімфаденопатію та провести диференційну діагностику із захворюваннями, яким притаманне збільшення лімфовузлів. Особливо, сімейні лікарі, які працюють у поліклінічних закладах, часто заспокоюють своїх пацієнтів, які хворіють на лімфогранулематоз, що даний стан лімфовузлів пов'язаний з перенесеними вірусними захворюваннями і лікування не потрібне, таким чином погіршуючи прогноз самого захворювання. Відомі випадки в судово-медичній практиці, коли взагалі, лікарі

військових шпиталів не змогли встановити діагноз «лімфогранулематоз» при збільшенні лімфовузлів до 10 см в діаметрі, а клінічну симптоматику, пов'язану із проявом лімфоми Ходжкіна, зв'язували з туберкульозним процесом, і призначали протитуберкульозну хіміотерапію, погіршуючи не тільки стан пацієнта, але й прогноз виживаності у майбутньому.

Дійсно, на початкових етапах, окрім лімфаденопатії, ЛГ проявляється лише незначним підвищенням температури тіла, пітливістю у нічний час та шкірним свербіжем. Диференціювати ЛГ з туберкульозним процесом є необхідним, однак, для туберкульозного процесу не характерний шкірний свербіж. В судово-медичній практиці зустрічались випадки, коли лікарі-дерматологи не змогли розпізнати ЛГ у хворого та лікували його від алергічної реакції невідомого генезу пов'язуючи її із наявним у хворого шкірним свербіжем, замість того, щоб направити його на додаткову консультацію до лікаря-гематолога для виключення підозри на ЛГ. Такі випадки свідчать лише про те, що деякі лікарі, на жаль, мають низький професійний рівень підготовки.

Необхідно зазначити, що у пункті 41 Додатку до наказу МОЗ №226 від 27-07-1998 «Тимчасових уніфікованих стандартів надання медичної допомоги дорослому населенню Розділ 4 «Онкологія» II рівня надання медичної допомоги» (надалі – Стандарти) зазначено, що при хворобі Ходжкіна (лімфогранулематоз) необхідно провести наступний перелік діагностичних заходів: «Фізикальне обстеження периферійних лімфовузлів, органів грудної та черевної порожнини, огляд мигдаликів. Аналіз крові загальний з формулою. Рентгенографія органів грудної порожнини. Ультразвукове дослідження черевної порожнини, заочеревинного простору. Біопсія лімфовузла. Скринінг: опитування, фізикальне обстеження, загальний аналіз крові з підрахуванням великих грануловмісних лейкоцитів». Не виконання одного із затверджених у Стандартах діагностичного заходу може розцінюватися, при проведенні судово-медичної експертизи,

як неповноцінне обстеження та в подальшому лікарям можуть інкримінувати статтю 140 Кримінального кодексу України (надалі – ККУ) «Неналежне виконання професійних обов’язків медичним або фармацевтичним працівником» [6]. Увесь перелік обстежень, у відповідності до Стандартів, необхідний не лише при безпосередній підозрі на діагноз «Лімфогранулематоз» (С81), але й у всіх випадках лімфоаденопатії, аби не пропустити ЛГ, або інші злоякісні новоутворення лімфатичних вузлів.

Біопсія лімфовузла необхідна у всіх випадках збільшення їх у розмірів, особливо, коли вони мають тенденцію до збільшення навіть при проведенні противірусної терапії і підозрі на вірусні респіраторні захворювання. При біопсії лімфовузлів виявляють специфічні клітини Березовського – Штернберга, які характерні саме при лімфогранулематозі. Клітини Березовського – Штернберга представлені у вигляді великих клітин, розміром від 25 до 80 мкм, які містять 2 і більше круглих або овальних ядра, іноді вони нагадують ядро мегакаріоцитів, із зірчастим розташуванням хроматину і великими синіми нуклеолами [1, 2].

Необхідно зазначити, ще один клінічний випадок, коли хворий звернувся до фтизіатра зі скаргами на збільшення лімфовузлів в ділянці шийї справа, субфібрильну температуру та нічну пітливість. На підставі його скарг був встановлений попередній діагноз «Туберкульозне ураження лімфатичних вузлів шийї справа?» та проведено біопсію лімфатичного вузла (надалі – ЛВ). Проте, нажаль, лікар-патологоанатом, якому був направлений біоптат ЛВ не розпізнав у ньому специфічні клітини Березовського – Штернберга, а переплутав їх з паличками Коха, тому дав заключення, що у хворого наявний туберкульозний процес у ЛВ справа. Хворому призначили протитуберкульозну хіміотерапію і його фізичний стан почав погіршуватись. ЛВ почали збільшуватись, з’явився продуктивний кашель, значно втратив вагу тіла. Родичі пацієнта витребували у лікарів матеріал біопсії

ЛВ і проконсультувались у патологоанатома в іншому лікарняному закладі, де встановили діагноз «Лімфома Ходжкіна» і хворого перевели у гематологічне відділення, змінили тактику лікування і загальний стан пацієнта почав покращуватись. Надалі родичі звернулись до прокуратури із заявою призначити судово-медичну експертизу для встановлення неналежного надання медичної допомоги та притягнути до кримінальної відповідальності лікарів, які неправильно встановили діагноз і своїми діями могли призвести до тяжких наслідків у пацієнта, якого вони лікували.

Якщо дати правову оцінку вище наведеному випадку, то з судово-медичної точки зору, лікування фтизіатрами було визначено у відповідності до діагнозу, однак, їм необхідно було також провести додаткову консультацію хворого у гематолога для виключення ЛГ, або інших злоякісних процесів у лімфатичних вузлах, чого зроблено не було. Що ж стосується дій патологоанатома, то нажаль, саме його помилка у встановленому діагнозу зіграла ключову роль в обрані тактики лікування пацієнта. Розглядаючи даний випадок з юридичної точки зору, то до кримінальної відповідальності необхідно притягнути і лікарів-фтизіатрів, і лікаря-патологоанатома, однак, інкримінування їх злочинної діяльності буде різним. Так, згідно статті 140 ККУ, медичні працівники несуть кримінальну відповідальність за неналежне виконання своїх професійних обов’язків [6]. Крім того, медичні працівники несуть цивільну, адміністративну, а також дисциплінарну відповідальність. Отже, якщо довести у суді, що лікарями-фтизіатрами була правильно обрана тактика лікування хворого відповідно до, нажаль, неправильного діагнозу, встановленого патологоанатомом, то вони можуть уникнути кримінальної відповідальності, а понесуть лише дисциплінарну. Однак, коли буде доведено, що фтизіатрами не було повноцінно проведено всі інші необхідні діагностичні заходи для підтвердження туберкульозу ЛВ та виключення лімфогранулематозу, то у такому випадку вони понесуть тільки кримінальну відповідальність за ст. 140 ККУ. Що ж стосується дій

патологоанатома, то йому інкримінують виключно ст. 140 ККУ.

Необхідно пам'ятати, що розпочавшись з ураження лімфатичних вузлів, процес поширюється практично на всі органи. У більшості хворих починаючи з III стадії ЛГ діагностується збільшення розмірів селезінки, виявляються осередки інфільтрації в легенях, інфільтрація плеври з накопиченням рідини в плевральній порожнині, в якій іноді виявляють клітини Березовського - Штернберга.

Іноді на діагноз ЛГ може наштовхнути загальний аналіз крові, де спостерігається нейтрофільний лейкоз з паличкоядерним зміщенням і тенденцією до відносної чи абсолютної лімфоцитопенії, збільшення ШОЕ, значне збільшення еозинофілів (особливо при наявності

шкірного свербіжу), інші показники можуть тривалий час залишатися у нормі [4, 5]. Тому, коли є такі незначні патологічні зміни у крові пацієнтів, необхідно призначити додаткові обстеження.

Висновки

Отже, виходячи із вищенаведеного, випадки лімфогранулематозу є досить розповсюдженим явищем, і ще частіше зустрічаються випадки неналежного надання медичної допомоги при лімфогранулематозі, коли даний діагноз лікарі не лише не в змозі встановити, але й запідозрити у своїх пацієнтів через низький рівень професійної підготовки. Тому не дивно, що частота звернення громадян до органів досудового розслідування із проханням призначити судово-медичну експертизу збільшуються.

Література

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. д-ра. Мед.наук, проф. Ю.М.Мостового. – 10-е вид., доп. і перероб. – Вінниця: ДП «ДКФ», 2008. – 528 с.
2. Исследование системы крови в клинической практике / Под ред. Г. И. Козинца и В.А. Макарова - М.: «Триада-Х», 1998. - 480 с.
3. Руководство по гематологии (под ред. А.И.Воробьева). - М.: Медицина, 1985. - изд.2-е, перераб. и доп. - Т.2. – 368 с.

4. Справочник по гематологии / А.Ф.Романова, Я.И. Выговская, В.Е.Логинский и др.; Под ред. А.Ф.Романовой. – К.:Здоров'я, 1997. - 324 с.
5. Гайдукова С.М., Виговська Я.І., Третяк Н.М. Гематологія і трансфузіологія. – К.: ВПЦ “Три крапки”, 2001. – 752 с.
6. Кримінальний кодекс України // Відомості Верховної Ради України, 2001, № 25-26, ст. 131.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Клішевич Б.А.