

Лікарські помилки в хірургії: історія і сьогодення



О.К. Толстанов

Міністерство охорони здоров'я України, Київ

Мета роботи — узагальнення медичних публікацій стосовно хірургічних лікарських помилок. Наведено дані про лікарські, здебільшого хірургічні, помилки в лікуванні хворих — як дорослих, так і дітей. Представлено відомості різних країн про кількість померлих пацієнтів від лікарських помилок. Наведено законодавчу базу України. Висловлено запрошення до дискусії провідних фахівців охорони здоров'я, юристів та представників законодавчої влади для обговорення на фаховому рівні порушеної проблеми з метою верифікації визначення лікарської помилки, можливої юридичної відповідальності тощо. Кожному профільному фахівцю МОЗ України варто систематизувати наявні лікарські помилки та обговорити їх на рівні конференцій, симпозіумів та нарад. У пресі, на телебаченні, радіо слід доводити до відома громадськості наявність такого чинника, як лікарська помилка, їх причини, наслідки та заходи, яких необхідно вжити на державному та місцевому рівні з метою їх попередження.

Ключові слова: лікарська помилка, діти, діагностика, лікування.

Михайло Рокицький вважав: «Лікар — це цілодобово й довічно». З розвитком суспільства змінювалась і відповідальність лікаря за свою роботу. За кам'яного віку, а в подальшому і в рабовласницькому та феодальному суспільстві зцілення нерідко належало до сфери магії та чарівництва, а тому життя лікаря залежало від результату лікування пацієнта. У Стародавньому Єгипті та Римі лікарі діяли відповідно до правил «Священної книги» та Римського права. За умов дотримання ними канонів лікування, навіть за незадовільного результату, вони не переслідувались. Однак за відступ від канонів лікар ніс повну відповідальність (від позбавлення свободи і до смертної кари) [5, 28].

До часів правління Петра I на території Київської Русі лікарів страчували за шкоду, завдану хворому, аж до 1857 року — до появи Єдиного лікарського закону. У 1928 році відомий учений І.В. Марковин у доповідній статті відзначив помітне зростання кількості кримінальних справ проти лікарів порівняно з дореволюційним часом. Так, у Ростовському окрузі за 1924—1927 рр. до кримінальної відповідальності за професійні правопорушення було притягнуто 20 лікарів [28].

Як відомо, професійна діяльність медичних працівників характеризується підвищеним ризиком. З одного боку, вони наражають на небезпеку власне здоров'я і життя, з

Стаття надійшла до редакції 2 жовтня 2013 р.

Толстанов Олександр Костянтинович, д. мед. н., доцент, заступник Міністра охорони здоров'я України 01601, м. Київ, вул. М. Грушевського, 7. Тел. (044) 200-08-16
E-mail: tok@moz.gov.ua

другого — існує ризик незадовільного результату лікування. Під час лікування хворого лікар бере на себе як моральну, так і юридичну відповідальність за якість і наслідки своїх дій. Незадовільний результат лікування може бути основною причиною звернення пацієнта чи його родичів до суду внаслідок лікарської помилки (ЛП), протиправних дій, а також нещасного випадку [6].

Відомо, що медицина не вважається точною наукою. Постулати та діагностичні програми, викладені в підручниках, посібниках та монографіях, стосуються найчастіших варіантів клінічних виявів тієї чи тієї недуги, але нерідко біля ліжка хворого лікар стикається з абсолютно несподіваним перебігом патологічного процесу і незвичайними реакціями на нього організму хворого, і тоді, як завжди, постає питання: що робити? Великий англійський драматург Бернард Шоу добре сказав: «Якщо ми погодимося, що лікарі — не чарівники, а звичайні люди, то ми повинні визнати, що на одному кінці шкали знаходиться невеликий відсоток високообдарованих особистостей, а на іншому — настільки ж невеликий відсоток безнадійних невігласів. Усі інші розташовуються між ними». Важко заперечити цю думку, і жодні удосконалення навчального процесу та підготовки лікарів не можуть це зробити [5, 8].

На думку академіка РАН і РАМН А.І. Воробйова (2010), визначити поняття «лікарська помилка» зовсім не просто, але можна обрати низку умов, які дають змогу говорити про це. ЛП слід зараховувати до категорії дій, учинків. Судження лікаря, що не спричинили собою дій, але пізніше виявилися неспітввердженими, не вважаються ЛП. Тоді як судження, котрі спонукають до дій, що не допомагають хворому, а іноді навіть навпаки — йому шкодять, треба зараховувати до категорії ЛП. Почнемо з того, що помилки були і будуть, тому що лікар має справу не лише з конкретною клінічною картиною. Лікар має справу з вельми суб'єктивною оцінкою хворим своїх відчуттів, які не завжди можна підтвердити так званими об'єктивними методами дослідження. «Болить — не видно, і не болить — не видно», — так жартома сказав один письменник про радикаліт.

М.Р. Рокицький (1986) констатував, що програма навчання у вищому медичному навчальному закладі складається з великої кількості знань, проте один розділ, із яким майбутній лікар неодмінно зіткнеться, залишається поза нашою увагою — це розділ про походження, аналіз та попередження ЛП. Хоча завжди ця проблема залишається в центрі уваги хірургів різних напрямків діяльності. Свідченням її важливості є монографії М.І. Пирогова, С.Л. Лібова, Е.А. Вагнера та інших, а також програмне обговорення на Першому європейському конгресі дитячих хірургів в Австрії 1995 р. [5, 8, 56].

Водночас ЛП — це ненавмисні хибні дії лікаря, які завдали або могли завдати певної шкоди здоров'ю хворого. У цьому визначенні слід підкреслити

два моменти. По-перше, йдеться лише про помилки сумлінного лікаря, а не про халатність у діях, скоєних у стані алкогольного сп'яніння чи навмисне, що вважається лікарським злочином і розглядається у суді. По-друге, помилка не обов'язково призводить до яких-небудь ускладнень. Наприклад, хворому визначено діагноз «гострий апендицит», а на операції червоподібний відросток не змінений, але виявлено запалений дивертикул Меккеля, який і був видалений. Хворий не постраждав, усе виконано правильно, але помилка сталася [8, 25, 37].

У літературі науковці та практики по-різному тлумачать поняття «лікарська помилка». Так, на думку деяких, ЛП — це помилка лікаря, яка полягає в недосконалому сучасному стану медичної науки або спричинена особливостями перебігу захворювання певного пацієнта, браком знань чи досвіду самого лікаря, але без елементів халатності, недбалості та професійного невігластва. Якщо професійна діяльність лікаря від початку орієнтується на помилки, то вона втрачає свою гуманістичну природу, унеможлиблює вияви творчості в медичній практиці на основі меднауки. Слід розглядати професійну помилку лікаря не як його особисте нещастя, а як горе для пацієнта і його родичів. Зразком ставлення лікаря до своїх професійних помилок слід вважати М.І. Пирогова, який писав: «Я вважав... своїм священним обов'язком відверто розповісти читачам про свою лікарську діяльність та її результати, так як кожна сумлінна людина, особливо викладач, повинен мати свого роду внутрішню потребу якнайшвидше оприлюднити свої помилки, щоб застерегти від них інших людей, менш обізнаних» [11, 23, 24]. Тим часом деякі судові медики (М.І. Авдеев, Н.В. Попов, В.М. Смольянінов та ін.) вказують, що під ЛП слід розуміти ненавмисні хибні дії лікаря в його професійній діяльності, якщо виключити недбалість, недозволене експериментування на хворих. В іншому випадку буде вже не ЛП, а злочин, за який лікар несе передбачену нашим законодавством судову відповідальність [47].

Мета роботи — узагальнення медичних публікацій щодо хірургічних лікарських помилок.

У медичних виданнях достатньо записів усесвітньо відомих лікарів, які оприлюднювали думки щодо ЛП. Як вважав наш співвітчизник кардіохірург М.М. Амосов, треба називати речі своїми іменами: «Я багато думав і передумав знову і знову. Тисячі складних і складних операцій і... досить багато смертей. Серед них багато таких, в яких я прямо винен, ні, ні, це не вбивства! Все в мені здригається і протестує. Адже я свідомо йшов на ризик для порятунку життя». Натомість Б.В. Петровський закликав завжди пам'ятати про золоте правило наших вчителів (російських лікарів): ми можемо запропонувати хворому той чи інший метод, навіть небезпечний, навіть ризикований, навіть велику нову операцію, лише в тому випадку, якщо ми цей метод можемо рекоменду-

вати самому собі або своїм близьким. Проте В.В. Вересаєв (1982) пов'язував лікування з ризиком, навіть у видатних лікарів зустрічаються професійні помилки. Особливої уваги суспільства заслуговує зростання імовірності професійних помилок у початківців, тобто у молодих лікарів [9]. Прогрес медичної науки неминуче пов'язаний з підвищеним ризиком; успіхи медицини у відомому сенсі ґрунтуються на ЛП, котрі на сьогодні є однією з найважливіших причин зниження довіри населення до медицини [23]. Наш співвітчизник сьогодення О.Є. Бобров (2008) вважає, що коли суспільство перекаже всю відповідальність цілком на лікаря, то хто ж лікуватиме хворих? Який хірург наважиться оперувати без стовідсоткової гарантії успіху, якщо за спиною у нього стоятиме суддя? Законів потрібно дотримуватися, але все ж... [7].

Помилки — неминучі й сумні в лікувальній роботі, це завжди погано, і єдине оптимальне рішення, що впливає з трагедії ЛП, це те, що вони вчать і допомагають позбутися помилок. Вони, по суті, є наукою про те, як не помилятися. «І винен не той лікар, хто допустив помилку, а той, хто не вільний від боягузтва відстоювати її», — І.А. Кассирський [16].

Причини ЛП. Усі причини ЛП можна поділити на *об'єктивні* (існують незалежно від людської діяльності) і *суб'єктивні* (безпосередньо пов'язані з особою лікаря, особливостями його діяльності). Об'єктивні причини зазвичай створюють тло, а реалізується помилка, як правило, у зв'язку з суб'єктивними причинами. Це робить реально можливим скорочення кількості ЛП. Один зі шляхів усунення причин ЛП — їх аналіз, котрий потребує дотримання певних правил [26].

Класифікація ЛП. *Діагностичні помилки* — помилки в розпізнаванні захворювань та їх ускладнень (недогляд або помилковий діагноз захворювання чи ускладнення) — найчисленніша група. *Лікувально-тактичні помилки*, як правило, стають наслідком діагностичних прорахунків. Проте зустрічаються випадки, коли діагноз визначено правильно, а лікувальна тактика обрана невірно. *Технічними* вважаються ті помилки, які стаються у проведенні діагностичних і лікувальних маніпуляцій, процедур, методик, операцій. *Організаційні помилки* — помилки в організації тих чи тих видів медичної допомоги, необхідних умов функціонування тієї чи іншої служби тощо. Досить частим прикладом організаційної помилки залишається переведення хворого в інший лікувальний заклад при сумнівному запереченні хірургічної патології. *Деонтологічні помилки* — помилки у поведінці лікаря, його спілкуванні з хворими і їх родичами, колегами, медсестрами, санітарками. *Помилки в заповненні медичної документації* зустрічаються досить часто, особливо у хірургів. Малоозрозумілі записи операцій, у щоденнику післяопераційного періоду, виписки при направленні хворого в інший медичний заклад

україн ускладнюють розуміння того, що відбувалося з хворим та яка його перспектива [14, 48].

На формування помилок впливають суб'єктивні причини, зокрема неповноцінний огляд та обстеження хворого. Чи часто ми повністю обстежуємо роздягнуту хвору дитину? На жаль, останнім часом стало звичним локальне обстеження, котре має реальну небезпеку припуститися діагностичної помилки. Багато хірургів не вважають за необхідне користуватися під час огляду фонендоскопом. Дані літератури свідчать про марні лапаротомії з приводу гострого апендициту при правобічній плевропневмонії, з приводу гострої кишкової непрохідності при парезі, викликаному емпіємою плеври, та ін. Найяскравішим прикладом слугує зневага пальцевого ректального дослідження у хворих з незрозумілим боєм у животі та з підозрою на апендицит. Недогляди гострого тазового апендициту, перекручення кісти, апоплексії яєчника — ось неповний список типових помилок, пов'язаних із непроведенням та недооцінкою пальцевого ректального дослідження [8].

Самовпевненість лікаря, відмова від поради колег, консилиуму — ця причина помилок зустрічається як у молодих хірургів, так і у високодосвідчених фахівців і часто призводить до трагічних наслідків, причому дії лікаря нерідко межують зі злочином. Як відомо, мислителі минулого і сучасності багаторазово попереджали про небезпеку переконаності у власній непогрішності: «Чим менше знаєш, тим менше сумніваєшся» (Роберт Тюго); «Тільки дурні і мерці ніколи не міняють своєї думки» (Лоуелл). Інколи причина виникнення помилок — це використання застарілих методів діагностики і лікування. Як правило, їх припускається частка хірургів старшого покоління, у яких розумна обережність непомітно переходить у неприйняття й невикористання всього нового. Нерідко це результат непроінформованості лікаря, котрий відстав від прогресу хірургії. М.Я. Мудров: «У лікарському мистецтві немає лікарів, які закінчили свою науку». А.А. Остроумов: «Учитися все життя для користі суспільству — таке покликання лікаря» [8, 23].

Лікарська інтуїція. Під лікарською інтуїцією слід розуміти сплав досвіду, який постійно поповнюється знаннями, спостереженнями та в унікальній здатності мозку видає блискавичне рішення на підсвідомому рівні. Проте надмірна віра в інтуїцію, поспішне та поверхнєве обстеження хворого часто стають причиною тяжких діагностичних прорахунків, а як наслідок і ЛП. Колегам, які зловживають цим даром, потрібно пам'ятати слова акад. А.А. Александрова про те, що інтуїція подібна до піраміди, де підстава — величезна праця, а вершина — осяяння. П.Ф. Боровський: «У мене не так багато часу, щоб квапливо дивитися хворих». Захоплення різноманітними спеціальними методами дослідження останніми роками зустрічається все частіше. Саме по собі впровадження сучасних технологій у медичну практику

прогресивне: воно відкриває нові можливості, змінюючи ідеологію діагностичного та лікувального процесів. Однак у цього процесу є і реальні небажані наслідки, які залежать винятково від лікаря. По-перше, це необґрунтоване призначення хворому всіх можливих у цій клініці досліджень. По-друге, призначаючи інвазивні, потенційно небезпечні для життя хворого методи, лікар не завжди замислюється про можливість їх заміни безпечнішими. Нарешті, сьогодні почали з'являтися фахівці нової формації — своєрідні «комп'ютеризовані» медики, що спираються у своїх судженнях винятково на дані машинного обстеження та нехтують анамнезом і фізикальними методами дослідження, розмовою з пацієнтом та батьками [3, 8].

Вища мета хірургії — не лише розробка нових досконаліших методик операцій, а й перш за все пошук нехірургічних методів лікування тих захворювань, які сьогодні виліковуються лише скальпелем хірурга. Невипадково так стрімко впроваджуються в практику методи малотравматичної ендоскопічної хірургії в усіх вікових групах [12].

Будь-яка операція — завжди агресія; про це хірург не повинен забувати. Відомий французький лікар Thierry de Martel (1876—1940) писав, що хірург пізнається не лише у тих операціях, які він зумів зробити, а й у тих, від яких він зумів обґрунтовано відмовитися. Німецький хірург Kulenkampff (1966) говорив, що виконання операції більшою чи меншою мірою — справа техніки, стриманість від неї — результат мистецької роботи витонченої думки, суворої самокритики і точного спостереження. Усе частіше зустрічається причина, коли можна прикритися авторитетом консультантів, не беручи на себе відповідальності. Лікар, зокрема дитячий хірург, котрий лікує, не обтяжуючи себе аналізом клінічних виявів, запрошує консультантів, вправно фіксує в історії хвороби їх судження, часом вельми суперечливі, і зовсім забуває, що провідною фігурою в діагностичному і лікувальному процесі залишається не консультант незалежно від його титулу, а саме він [1, 13].

Визнаний вітчизняний науковець А.Ф. Білібін, виступаючи на Першій всесоюзній конференції з проблем медичної деонтології (1969), зазначив: «Найсумніше полягає в тому, що розвиток техніки не збігається з розвитком емоційної культури лікаря. Техніка в наш час отримує овації; ми не проти цього, але ми б хотіли, щоб овації отримувала також загальна культура лікаря, вміння керувати своїм клінічним мисленням». Прочитайте, колего, ще раз ці слова і задумайтеся, наскільки вони актуальні сьогодні [28].

Помилки процесу діагностики. Як показує досвід, сам по собі процес діагностики складається з декількох етапів: оцінка скарг і симптомів; визначення попереднього діагнозу; диференціальна діагностика; визначення клінічного діагнозу. Однак значні труднощі під час визначення клінічного діагнозу створює проблема «норма і патологія». У

подальшому цей складний діагноз інтерпретується у формі «слава Богу, не підтвердилось...», «завдяки проведеному лікуванню...», «краще пере, ніж недо...» і т. п., але вже витрачені державні чи батьківські кошти на діагностику та лікування, дитина вчасно не щеплена і ризикує захворіти на банальні інфекційні захворювання, нанесено моральну та економічну травму батькам. Прикладами труднощів інтерпретації результатів фізикального дослідження можуть слугувати такі. До 5 % здорових людей мають зіниці неоднакового розміру, причому різниця діаметрів може сягати 2 мм. Реакція зіниць на світло при цьому нормальна. Якщо не розпізнати мінливості норми, то можна зробити помилку в діагностиці. Варіант норми, що характеризується відсутністю поглиблення диска зорового нерва і навіть слабкою нечіткістю контурів диска, можна помилково прийняти за ознаки підвищеного внутрішньочерепного тиску. Однак виявлення при цьому венозної пульсації дає змогу відрізнити нормальний стан від набряку диска зорового нерва тощо. Помилку у процесі визначення клінічного діагнозу відбувається багато, але більшість із них аналізу не підлягає через недосконалість системи експертизи [27].

Помилки процесу лікування. Багато професіоналів вважають: якщо лікар — прекрасний діагност, то це вже 90 % успіху лікування. Діагноз сформульовано правильно, а подальше лікування — це не більше ніж дотримання загальноприйнятих алгоритмів або готових рекомендацій, тобто процес лікування — це всього лише аналогія виконання рекомендацій стандартів лікування недуги. Допущені в процесі лікування помилки зустрічаються досить часто, але це не лише відображення слабкої підготовки фахівців — дитячих хірургів. Слід зазначити, що процес хірургічного лікування настільки різнобічний, що його освоєння потребує багатьох років практичної роботи, навчання, знову практичної роботи і знову навчання, і так до нескінченності. M.R. Lipp у зв'язку з цим сказав: «Якщо Ви ніколи не здійснювали помилок, які спричинили тяжкі ускладнення або смерть хворого, значить, Ви займаєтеся медициною недавно» [36].

Безпека лікування. Наступний етап організації та здійснення лікування — це етап безпеки. З цієї позиції можна не погодитися з твердженням E.C. Lambert про те, що є хворі, яким не можна допомогти, але немає таких хворих, яким не можна нашкодити. Останніми роками все частіше як причина госпіталізації вказуються ятрогенні захворювання. Ризик лікування характеризується двома основними факторами: імовірністю настання побічних ефектів, тяжкістю їх виявів. Як приклад помилок, допущених у таких ситуаціях, слід згадати період середини 80-х років ХХ століття, коли в одній з біологічних лабораторій Грузії було виготовлено протипухлинний препарат «Катрекс» із печінки чорноморської акули катран. Багато лікарів, що спеціалізувалися на лікуванні гострих лейкозів у дітей, під пресом публікацій у газетах

та вимог батьків почали застосування цього препарату. Для всіх без винятку пацієнтів це був сумний поворот у їхній долі — усі померли [36].

Умови, які призводять до ЛП, — це екстремальні ситуації, що потребують термінових рішень, а також нічні операції. Давно помічено, що більша частина інтраопераційних прорахунків вчиняється у критичних ситуаціях (раптова профузна кровотеча, зупинка серця тощо). У таких ситуаціях дуже важливо зберігати спокій. Як правило, втома хірурга та потік складних операцій також створюють умови для помилки. А тому хірург повинен про це пам'ятати, концентруючи свою увагу і сили в такі моменти. Час після нічного чергування — не кращий для операції. Це вимушена необхідність виконувати роботу, не властиву за основним фахом.

Водночас, за висловом Гіпократа: «Людські потреби змушують нас вирішувати і діяти. Але якщо ми будемо вимогливі до себе, то не тільки успіхи, а й помилки стануть джерелом знання» [27].

Помилки в невідкладній хірургії численні і різноманітні. А.Г. Караванов та І.В. Данилов (1967) у своїй роботі «Помилки в діагностиці та лікуванні травм живота» поділяють їх на 3 групи: 1) помилки в діагностиці; 2) у лікуванні; 3) організаційного характеру. Жоден лікар не може мати достатніх знань і досвіду, щоб ніколи не помилятися у своїх судженнях і діях. М. Thorek (1943) вказував, що в хірургічному мистецтві помилки можливі частіше, ніж у будь-якій іншій лікарській професії, але саме в хірургії вони особливо небезпечні. Помилки, допущені при діагностиці закритих пошкоджень органів черевної порожнини у дітей, мають декілька видів.

Помилки, пов'язані з недостатністю повного зібраного анамнезу. Про важливість правильно і повно зібраного анамнезу годі говорити [27, 28].

Помилки взаємин лікаря і пацієнта. У всі часи основою відносин між лікарем і пацієнтом була і залишається довіра. Коли вона є, то є і результат лікування. Ці принципи можна звести до чотирьох головних компонентів: підтримка, розуміння, повага, співчуття. Спроби багатьох лікарів залишитися з пацієнтами на рівні колишніх взаємин не завжди супроводжується успіхом. Багато пацієнтів змінили свою думку про вітчизняну медицину, лікарів і медичний персонал. Підтримка означає, що лікар завжди знайде час для допомоги хворому в активізації його ролі в лікувальному процесі, як справедливо зауважив R. Seltzer: «Хірург лише інструмент, який хворий бере в руки, щоб зцілити себе». Помилки, котрі робить лікар у плані обмеження участі пацієнта в лікувальному процесі, призводять до пасивного ставлення останнього до лікування й ускладнюють досягнення результату. Можна навести масу прикладів з травматології, коли пасивна поведінка пацієнта, його мінімальна участь у лікуванні призводять до розвитку контрактур, тривалої втрати працездатності, моральних і матеріальних витрат [23].

Дефекти медичної допомоги. Питома вага дефектів надання медичної допомоги і ЛП досить велика. За даними Інституту медицини Національної академії наук США, внаслідок медичних помилок в американських лікарнях щорічно гине від 44 до 98 тис. чоловік, і за цим показником ЛП посідають 8-е місце в списку основних причин смерті [41, 54]. При цьому у звіті враховували лише визнані всіма (доведені) несприятливі наслідки помилкових втручань, що відбулися випадково або ненавмисне і зумовили смертельний результат. Насправді медичні помилки зустрічаються значно частіше. У США за допомогою статистичного спостереження обчислена імовірність ризику ЛП для кожного середньостатистичного лікаря — 37 %, для хірурга — 50 %, для акушера-гінеколога — 67 % [45, 55].

Захисна медицина. Саме явище «захисна медицина» тісно пов'язане з розвитком інституту відповідальності медичних працівників. Захисна медицина (defensive medicine) сформована в охороні здоров'я, у ній практикують збільшення кількості діагностичних процедур, повторних консультацій тощо, тобто штучне збільшення обсягу надаваних послуг. Цей метод спрямований насамперед не на здоров'я пацієнта, а на запобігання можливим переслідуванням медичних працівників з боку пацієнтів та їхніх представників [44]. Захисна медицина особливо поширена в США. У ході опитування 79 % американських лікарів повідомили, що вони замовляють більше досліджень, ніж це необхідно для встановлення діагнозу й підбору методів лікування, і 91 % опитаних помітили інших лікарів у подібних діях [51].

Класифікація дефектів медичної допомоги. Під дефектом надання медичної допомоги розуміють неналежні проведення діагностики, лікування хворого та організацію процесу, що призвело або могло призвести до несприятливого результату медичного втручання [19, 31]. Існує два основних види класифікації дефектів надання медичної допомоги: 1) класифікації, що фіксують етапи її надання (стаціонарний, позастанціонарний, евакуація, діагностика, лікування), або причини, що викликали дефекти (неправильне транспортування хворого, несвоєчасно надане лікування, неправильний вибір методів лікування тощо), 2) класифікації, що містять правову оцінку дефектів надання медичної допомоги. За деякими їх видами існують відповідні рубрики в МКБ — 10: Y60 — Y69 («Випадкове нанесення шкоди хворому при виконанні терапевтичних та хірургічних втручань») і T80 — T88 («Ускладнення медичних втручань»). Водночас С.Г. Стеценко [31] вважає, що помилки, які виникають у лікарів за наявності об'єктивних причин, не повинні тягти за собою покарання для лікарів — не посадових осіб, тоді як помилки, зумовлені суб'єктивними причинами, мають передбачати персональну відповідальність [4, 15].

Основні причини, що зумовлюють виникнення дефектів надання медичної допомоги і ЛП, можуть бути розділені на такі види:

1. Ненадання допомоги хворому медичним працівником, зокрема необґрунтована відмова.
2. Помилки при діагностиці захворювань.
3. Неналежне надання медичної допомоги.
4. Порушення прав пацієнтів.
5. Помилки при експертизі працездатності.
6. Недотримання санітарно-епідемічного режиму.
7. Порушення обліку, зберігання і використання лікарських засобів.
8. Порушення техніки безпеки.
9. Порушення в процесі транспортування хворих [10, 32].

Н.В. Эльштейн (2005), розглядаючи проблему ЛП, виокремив основні положення, які почали складатися в цей період:

- у світі не існує єдиного загальноприйнятого визначення ЛП;
- у кримінальних кодексах багатьох держав відсутній цей термін;
- юридично найвідповідальнішим моментом є диференціація помилки від елементарного нещастя (відсутність знань, безграмотність), небалості, злочину;
- у медицині, хоча й рідко, діє фактор випадковості, котрий важко спрогнозувати і який може зумовити непередбачені наслідки;
- проблему ЛП не можна зводити тільки до питань діагностики й лікування;
- у світі немає держави, у якій би лікарі не робили помилок [48].

За даними медичних статистичних видань, у США обвинувальні вироки стосовно медичних помилок в основному зумовлені дефектами катетеризації великих судин та складають до 18 %, дефектом ведення наркозу — 18 %, неналежною організацією лікувально-діагностичного процесу — 18 %, перфорацією матки — 15 %, ліпоксацією в амбулаторних умовах — 12,1 %, неналежним веденням пологів — 12 % [1].

ЛП — всесвітня біда. Так, у Великобританії у 2005 році жертвами ЛП або неухважності стали 2 тис. 159 пацієнтів національної системи охорони здоров'я. Ще 4 тис. 529 осіб, які звернулися по лікарську допомогу, отримали з тих же причин серйозні каліцтва і травми. За даними МОЗ Великобританії, щорічно з ЛП стикаються 850 тис. англійців. У Німеччині щороку від ЛП помирає приблизно 25 тис. німців. У країні щороку трапляється до 100 тис. випадків невірної діагностування, неправильного призначення ліків і недоліків під час хірургічного втручання. В Австралії причини 80 % смертельних випадків у лікарнях — це помилки медичного персоналу. На п'ятому континенті щорічно до 18 тис. осіб помирають і приблизно 50 тис. стають інвалідами з вини самих госпіталів, куди вони звертаються по допомогу. У Греції 13 % пацієнтів — жертви ЛП, хоча кожен четвертий грек не довіряє лікарям і персоналу

лікарень. В Іспанії, за даними іспанської асоціації жертв медичної недбалості, за останні 10 років через помилки лікарів загинуло три тисячі людей. В Італії щороку приблизно 90 тис. італійців страждають від ЛП. У США — приблизно 98 тис. американців помирає через медичні помилки. Жертвами неправильного застосування медичних препаратів щорічно стають 1,5 мільйона американців, приблизно сім тисяч із них гинуть через допущені ЛП. В Угорщині, за оцінками фахівців, унаслідок ЛП щорічно помирають 7—10 тис. чоловік. Це навіть більше, ніж у результаті автокатастроф! Найбільша кількість таких помилок відбувається при операціях на кровоносних судинах, серці, грудної порожнини і при нейрохірургічних операціях [46].

Сьогодні актуальне питання про попередження помилок та їх профілактику. Цицерон якось вигукнув: «Людині властиво помилятися, але нікому, крім дурня, не властиво упиратися у своїй помилці» [5]. Один із лікарів давнини говорив, що медицина — це історія людських помилок [1, 16]. У 1837 р. М.І. Пирогов писав, що будь-який сумлінний лікар повинен прагнути «оприлюднити свої помилки, щоб застерегти від них інших людей, менш обізнаних» [10]. І.А. Давидовський вважав, оскільки медицина — це наукова дисципліна, то ЛП підлягають реєстрації, систематизації та вивченню [24].

Безпека і якість — найважливіші компоненти надання медичної допомоги в усіх країнах, які визначаються багатьма чинниками, зокрема рівнем сучасних медичних технологій та професійних знань медичних працівників. Для управління якістю медичної допомоги в США створено Агентство з досліджень охорони здоров'я та якості (AHRQ) і Центр з підвищення якості лікування та безпеки пацієнтів (CQIPS). Досвід Республіки Білорусь показує, що професійна відповідальність лікарів, як правило, підлягає обов'язковому страхуванню. Ця норма прописана у статті 57 Закону Республіки Білорусь «Про охорону здоров'я», де сказано, що медичні й фармацевтичні працівники мають право на страхування професійної помилки, в результаті якої заподіяно шкоду життю або здоров'ю громадянина, не пов'язану з недбалим виконанням ними професійних обов'язків. Проте в нашій країні ця правова норма практично не використовується [20, 21, 36, 54].

Аналіз ЛП. Аналіз ЛП — обов'язкова умова скорочення їх кількості. Аналіз повинен бути постійним, він не може зводитися до кварталних чи річних звітів або обмежуватися клініко-анатомічними конференціями. Приховати медичну помилку іноді досить просто. Набагато страшніше побачити згодом, як ваш колега повторює зроблену вами помилку тільки тому, що ви її приховали. Існує вислів: «На помилках вчаться». Бісмарку приписують слова: «Тільки дурні люди вчаться на своїх помилках, розумні вчаться на чужих». Лікарю не підходить жодне із цих висловлювань —

він повинен вчитися і на своїх, і на чужих помилках, більше того, він зобов'язаний учити інших на своїх помилках в ім'я зменшення їх кількості [6, 28].

На сьогодні в Україні взаємодію лікаря й пацієнта регулюють декілька законодавчих актів, найбільш значущі з яких — Конституція України (як основний закон держави) й «Основи законодавства України про охорону здоров'я громадян». Але, окрім зазначених, існує приблизно 80 нормативно-правових актів, які регулюють взаємодію між медичним працівником та пацієнтом. У Кримінальному кодексі закріплено приблизно 30 статей, за якими можна притягти лікаря до відповідальності. Серед основних слід зазначити такі: ненадання допомоги хворому медичним працівником; неналежне виконання професійних обов'язків; порушення прав пацієнта; службова недбалість [34]. Важливий 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 завдають збитку життю або здоров'ю [1, 19, 21].

Питання визначення підстав та меж юридичної відповідальності медичних працівників стають актуальнішими з кожним роком. Підтвердженням цього слугує той факт, що, за даними опитувань, приблизно 70 % громадян України вважають, що закон їм не допоможе захистити свої права на якісну медичну допомогу. До 98 % випадків, по-

в'язаних з медичною шкодою, вирішуються у судовому порядку. Решта 2 % постраждалих, як показали опитування, теж не зверталися б до правосуддя, якби лікар просто перед ними вибачився [30].

На завершення аналізу ЛП доцільно навести слова відомого хірурга Т. Більрота (Christian Albert Theodor Billroth): «Тільки слабкі духом, хвалькуваті базіки і стомлені життям бояться відкрито висловитися про свої помилки. Хто відчуває в собі силу зробити краще, той не матиме страху перед свідомістю своєї помилки» [23].

Висновки

Враховуючи викладене, варто запросити до дискусії провідних фахівців охорони здоров'я, юристів та представників законодавчої влади для обговорення цієї проблеми на фаховому рівні з метою верифікації визначення лікарської помилки, можливої юридичної відповідальності.

Було б доцільним кожному профільному фахівцю МОЗ України систематизувати наявні лікарські помилки та обговорити їх на рівні конференцій, симпозіумів та нарад.

У пресі, на телебаченні, радіо слід доводити до відома громадськості наявність такого чинника, як лікарська помилка, її причини, наслідки та заходи, яких необхідно вжити на державному та місцевому рівні з метою її попередження.

Настав час, коли асоціації фахівців повинні визначити рівень відповідності кваліфікаційній категорії.

Література

- Акопов В.И., Маслов Е.Н. Право в медицине.— М.: Книга-сервис, 2002.— 352 с.
- Ашукин Н.С., Ашукина М.Г. Крылатые слова.— М., 1966.
- Бельская Е.В., Киселев М.П., Волчанова Е.Н. Право на страхование врачебной ошибки // Медицина.— 2004.— № 3.— С. 2—3.
- Бердичевский Ф.Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей.— М., 1970.
- Билибин А.Ф., Царегородцев Г.И. О клиническом мышлении.— М., 1973.
- Блинов Н.И., Хромов Б.М. Ошибки, опасность и осложнения в хирургии.— Л., 1972.
- Бобров О.Е. Врачебная ошибка или профессиональное невежество? Мифы, иллюзии, реальность // Лекарь.— 2008.— № 1—2.— С. 6—12.
- Большая медицинская энциклопедия.— Т. 4.— М., 1976.— С. 442.
- Вересаев В.В. Повести и рассказы. Записки врача.— Кишинев, 1982.— С. 302—462.
- Давыдовский И.В. Врачебные ошибки // Сов. медицина.— 1941.— № 3.— С. 3—5.
- Дятлов М.М., Кириленко С.Н. Ошибки при оказании помощи пострадавшим с травматическими вывихами голени // Мед. новости.— 2006.— № 5.— С. 123—126.
- Ерофеев С.В. Медико-правовые аспекты оценки качества медицинской помощи: сравнение отечественной и зарубежной практики // Мед. право.— 2006.— № 1.— С. 39—43.
- Жилыева Е.П., Жилинская Е.В. Проблемы страхования ответственности в здравоохранении зарубежных стран // Здравоохранение (Москва).— 1997.— № 11.— С. 9—16.
- Зарецкий М.М. Врачебная ошибка избежна или нет? // Thegaria.— 2009.— Т. 33, № 1.— С. 63—66.
- Канунникова Л.В., Фролов Я.А., Фролова Е.В. О правовых проблемах врачебной (медицинской) ошибки // Мед. право.— 2003.— № 2.— С. 22—23.
- Кассирский И.А. О врачевании. Проблемы и раздумья.— М., 1970.— 271 с.
- Кассирский И.А. Проблемы и ученые.— М.: «Медгиз», 1949.
- Коротких Р.В., Жилинская Е.В., Симакова Н.В., Лукова Н.Х. Страхование профессиональной ответственности как форма социальной защиты медицинских работников // Здравоохранение (Москва).— 2000.— № 7.— С. 49—65.
- Кудрявцев П.И. Юридический словарь.— М., 1956.— С. 92.
- Основи законодавства України про охорону здоров'я // Відомості Верховної Ради: Стаття 76.
- Павлов Р. В украинском законодательстве нет терминов «врачебная ошибка» // <http://h.ua/story/232961/>
- Петровская Е.А. Дефекты оказания медицинской помощи и их правовая оценка // Вопросы организации и информатизации здравоохранения.— 2006.— № 1.— С. 48—58.
- Пирогов Н.И. Собр. соч.: В 8 т.— М., 1959.— Т. 2.— С. 13—14.
- Пирогов Н.И. Анналы хирургического отделения клиники императорского Дерптского университета // Пирогов Н.И. Собр. соч.: В 8 т.— М., 1959.
- Писарев Д.И. Основные проблемы врачебной этики и медицинской деонтологии.— М., 1969.
- Ричард К. Ригельман. Как избежать врачебных ошибок.— М.: Практика, 1994.— 42 с.
- Рокицкий М.Р. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста.— Л., 1986.
- Рокицкий М.Р. Этика и деонтология в хирургии. Детская хирургия. Национальное руководство.— М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009.— 1200 с.
- Сергеев В.В., Захаров С.О. Медицинские и юридические аспекты врачебных ошибок // Здравоохран. Рос. Федерации.— 2000.— № 1.— С. 7—9.
- Сравнительные данные случаев оказания ненадлежащей медицинской помощи.— Режим доступа до статті: <http://www.medlaw.omsk.ru/www/medlaw.nsf/41640eff4f199d3ac625728e00270d78/d03d4a9f06969b8bc625746000255473>

31. Стеценко С.Г. Медицинское право: учебник.— СПб, 2004.
32. Тихомиров А.В. Медицинское право: Практическое пособие.— М.: Издательство «Статут», 1998.— 418 с.
33. Углов Б.Г. О врачебном долге.— К.: Здоров'я, 1987.— 104 с.
34. Уголовный кодекс Украины.— Х.: ООО «Одиссей», 2005.
35. Цыбин А.К., Терехович Т.И., Антилевский В.В. и др. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи // Мед. новости.— 2005.— № 12.— С. 95—100.
36. Шарабчиев Ю.Т. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи: социально-экономические аспекты и потери общественного здоровья Медицинские новости.— 2007.— № 13.— С. 32—39.
37. Эльштейн Н. В. Современный взгляд на врачебные ошибки // Терапевтический архив.— М.: Медицина, 2005.— № 8.— С. 88—92.
38. Яровинский М.Я. Проблема ошибки в профессиональной деятельности медицинских работников // Кафедра.— 1996.— № 6.— С. 41—46.
39. Brennan T.A., Leape L.L., Laird N.M. et al. // *New Engl. J. Med.*— 1991.— Vol. 324.— P. 370—376.
40. Bruce C.V. From the Health care. Financing Administration // *JAMA.*— 1995.— Vol. 273, N 10.— P. 766—771.
41. Davis B., Appledy J. Health care // *USA Today.*— 1999.— Nov. 30.
42. Duguent A.M. et al. De medicine Legal // *De medicine Legal, Droit Medical.*— 1995.— Vol. 38, N 4.— P. 281—287.
43. Frisch P.R. et al. Quality assurance: the growth of a concepts and involvement of change // *West J. Med.*— 1995.— Vol. 163, N 4.— P. 346—350.
44. Gerard P. Doctors on the defensive // <http://www.guardian.co.uk/society/2005/apr/01/health.comment>
45. Hartlie M. // *JAMA.*— 1993.— Vol. 270.— P. 1364—1365.
46. <http://voprosik.net/vrachebnye-oshibki-v-amerike/>
47. <http://www.biotimes.ru/btims-243-1.html>
48. <http://www.medlaw.omsk.ru/www/medlaw.nsf/0/28C4F4FD4BE51069C62573020>
49. Laine C., Dairdoff F. // *JAMA.*— 1996.— Vol. 275, N 2.— P. 52—156.
50. Oshel K.E. et al. // *Publ. Health Reports.*— 1995.— Vol. 110, N 4.— P. 383—394.
51. Paul A. Manner. Practicing defensive medicine-Not good for patients or physicians // http://www.aaos.org/news/bulletin/janfeb07/clinical2.asp__
52. Reid W.K. The role of the Health Service ombudsman // *Health Bulletin.*— 1995.— Vol. 53, N 6.— P. 349—352.
53. Thomasson G.O. To err is human: Building a health system.— Washington // *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*— 1994.— Vol. 70, N 6.— P. 317— 329.
54. To err is human: Building a health system.— Washington, DC: IOM, 1999.
55. Vilie K. De. Technology assessment // *Health Care.*— 1998.— Vol. 14.— P. 197—211.
56. World Congress on Medical Law, 9th.— Gent (Belgium), 1991.— Vol. 1.

Врачебные ошибки в хирургии: история и настоящее

А.К. Толстанов

Министерство здравоохранения Украины, Киев

Цель работы — обобщение медицинских публикаций относительно хирургических врачебных ошибок.

В статье приведены данные о врачебных, в основном хирургических, ошибках в лечении больных — как взрослых, так и детей. Представлены данные разных стран с количеством умерших пациентов от врачебных ошибок. Приведена законодательная база Украины. Высказано приглашение к дискуссии ведущих специалистов здравоохранения, юристов и представителей законодательной власти для обсуждения данной проблемы на профессиональном уровне с целью верификации определения врачебной ошибки, возможной юридической ответственности. Каждому профильному специалисту Минздрава Украины целесообразно систематизировать имеющиеся врачебные ошибки и обсудить их на уровне конференций, симпозиумов и совещаний. В прессе, на телевидении, радио следует доводить до сведения общественности наличие такого фактора, как врачебная ошибка, их причины, последствия и меры, которые необходимо предпринять на государственном и местном уровне с целью их предупреждения.

Ключевые слова: врачебная ошибка, дети, диагностика, лечение.

Medical errors in surgery: past and present

O.K. Tolstanov

The Ministry of Healthcare of Ukraine, Kyiv

The aim was to summarize medical publications regarding the surgical medical errors. The article presents data on medical mainly surgical errors in treatment of both adults and children. The Ukraine legislation was observed.

The leading health professionals, lawyers and legislature members were invited for professional discussion of this problem in order to verify the medical errors and possible legal liability. Each profile expert of Ukrainian Ministry of Health has to systemize medical errors and to discuss them at conferences, symposia and meetings. The presence of such factors as medical errors, their causes, consequences and preventive measures at national and local level, must be bring to society through press, television and radio.

Key words: medical error, children, diagnosis, treatment.