

УДК 614.256:617-089

Ю.Ф. Кушта, О.Ю. Кушта*

*Кафедра загальної хірургії (зав. – проф. В.П. Андрущенко) Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; *Обласний державний клінічний лікувально-діагностичний кардіологічний центр (керівник – С.С. Павлик), м. Львів*

ФАКТОР ЛІКАРСЬКОЇ ПОМИЛКИ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ХІРУРГА, ШЛЯХИ ЇЇ МІНІМІЗАЦІЇ

Резюме. Будь-яка помилка лікаря-хірурга негативно сприймається у суспільстві. Вони бувають різними, залежно від термінів виконання операції, від локалізації операційного поля, психоемоційного стану та характеру хірурга. Важливе значення має медичне обладнання, яке використовується під час операційного втручання. Жоден хірург не може уникнути помилкових дій та тактичних рішень. На сьогодні розпрацьовано ряд заходів, завдяки яким можна значно знизити відсоток помилкових дій. Також існують рекомендації щодо мінімізації професійних помилок лікарів-хірургів.

Ключові слова: лікарська помилка, хірургічна діяльність, категорії помилок, наслідки для пацієнта і для лікаря, морально-психологічний аспект, соціальна стратегія.

“Errare humanum est” {Кожній людині властиво помилятися} – латинський афоризм. Професійна помилка може виникнути у представників усіх фахів, спеціальностей. Проте лікарська вважається найбільш небезпечною і такою, що в подальшому її неможливо повністю виправити, тому що вона може призвести до важких наслідків, ускладнень, каліцтва, навіть смерті пацієнта. Згідно з філософськими категоріями життя, людини вважається безцінним [1-3]. Здоров’я, як важливий показник і фактор якості життя, також вважається великою цінністю [4, 5]. Отже, в порівняльному аспекті, помилка лікаря-хірурга у суспільстві сприймається на порядок важче і резонансніше, ніж професійна помилка інженера, юриста чи митця [6, 7]. Оскільки за останні роки спостерігається тенденція до збільшення кількості некоректних дій лікарів хірургічних спеціальностей, громадськість має бути більше проінформована про цей феномен [1, 4, 6-8].

Мета дослідження: показати причини, особливості виникнення лікарської помилки, можливі категорії помилок і вірогідні наслідки для пацієнта та лікаря-хірурга.

Матеріал і методи. Матеріалом дослідження була професійна діяльність лікарів II відділів хірургічного профілю міської клінічної комунальної лікарні швидкої медичної допомоги і кардіохірургічного та ангіографічного відділів (катетеризаційної лабораторії) обласного державного клінічного лікувально-діагностичного карді-

ологічного центру міста Львова. У роботі застосований аналітичний метод дослідження. Тривалість проведеної роботи – 3 роки.

Результати дослідження та їх обговорення.

На сьогодні трапляється відносно велика кількість помилок у практичній діяльності лікарів-хірургів [8-10]. Для їх кращого розуміння та проведення аналізу всі помилкові дії піддаються систематизації. Так, за можливими наслідками помилки поділяються на такі, що не мають значних негативних результатів для хворого (їх можна своєчасно виправити чи скорегувати) і які мають у подальшому негативні наслідки (порушення функції однієї чи декількох систем організму, втрата працездатності чи навіть смертельний наслідок). Значно рідше трапляються фатальні (грубі) помилки під час операцій чи маніпуляцій, які зумовлюють інвалідність чи раптовий смертельний результат, наприклад, пошкодження чи видалення життєво-важливого органа [1, 11, 12]. Залежно від обрання ділянки тіла пацієнта (місця операційного втручання) помилки трапляються, коли операція чи маніпуляція проводяться на здоровому органі чи на протилежній ділянці тіла. Це стосується симетричних органів чи частин тіла (нирки, очі, руки, ноги). Такі помилкові втручання призводять до втрати чи пошкодження здорових частин тіла. Інші професійні помилки трапляються у випадках, коли операції виконуються на несиметричних ділянках тіла чи органах (голова, промежина, грудна клітка, печінка, підшлункова залоза). Вони

виникають внаслідок незнання анатомічних, фізіологічних особливостей організму або при переоцінці власних можливостей лікаря-хірурга [1, 9, 11].

Важливу роль у професійній діяльності хірургів відіграє фактор часу. Помилки можуть виникати, якщо операції виконані завчасно, коли пацієнт ще недостатньо обстежений і не готовий до проведення втручання (наприклад, він не завершив курс лікування, призначений суміжними спеціалістами). Це стосується, в основному, планових операційних втручань (дифузно-токсичний зоб, ускладнена виразкова хвороба шлунка чи дванадцятипалої кишки). У випадках виконання операцій пізніше від необхідного терміну, лікар-хірург не може опанувати субопераційну ситуацію через прогресування захворювання. Це стосується, в основному, ургентних втручань чи маніпуляцій (для прикладу, з приводу кровотечі з різних відділів шлунково-кишкового тракту, перитоніту, гострої кишкової непрохідності [4, 8, 12, 13].

Значний відсоток помилок може траплятися через застосування несертифікованих, технічно неякісних хірургічних інструментів або при відсутності певного обладнання, пристроїв, які необхідні при реалізації важливих етапів операції. Наслідком цього є субопераційна травма органів і тканин пацієнта з виникненням кровотеч, неспроможності швів, витіканням жовчі, сечі [1, 9, 14]. Ряд серйозних помилок має місце при неефективному застосуванні дренажів, катетерів, зондів або взагалі при відсутності етапів дренирування, катетеризації. Відповідно, це призводить до інфікування плевральної, черевної порожнин, в тому числі з подальшим перитонітом, виникненням злукових процесів [1, 7, 10].

За останні роки констатовано, що лікарі хірургічного профілю допускаються як неусвідомлених, так і усвідомлених помилок. Неусвідомлена виникає спонтанно, випадково або ненароком. При застосуванні неефективних засобів для санації, промивання порожнин організму, операційних ран (в основному протермінованих антисептиків) або при відсутності цього етапу можливі усвідомлені помилки. У вищеописаних ситуаціях виникають нагноєння післяопераційних ран [3, 8, 14, 12]. Деколи в таких випадках розвиваються септичні стани, приєднуються анаеробні збудники з розвитком важких некротизуючих процесів, наприклад фасциїтів. Усвідомлене недотримання правил асептики, антисептики при обробці рук хірурга, операційного поля, некоректного гоління операційного поля можуть мати дуже важкі на-

слідки для хворого [2, 10, 15].

Ряд помилкових дій хірургів залежать від їх психоемоційного стану. Так, при надмірній активності, внаслідок того, що лікар-хірург обирає тактику виконання операції навіть у тих випадках, коли загальний стан пацієнта цього не вимагає, збільшується відсоток "непотрібних" операцій. Відповідно, хворий потерпає від негативних результатів таких втручань. Іншим прикладом цього пункту можуть бути різкі, грубі дії та рухи під час операції, що зумовлюють пошкодження судин з подальшою кровотечею з внутрішніх органів, як петель товстих і тонких кишок, селезінки, легеневої тканини тощо. Деякі інші помилки виникають при зниженій операційній активності хірурга. Внаслідок того, що він обирає очікувальну хірургічну тактику та багато часу використовує для динамічного спостереження пацієнтів і для їх підготовки до майбутньої операції, трапляються ускладнення ряду захворювань. Наприклад, це вчасно не прооперовані хворі з гострим апендицитом, холециститом, проривною виразкою шлунка чи дванадцятипалої кишки, гострою кишковою непрохідністю, гострим інфарктом міокарда [1, 4, 9, 11].

Від допущеної помилки майже в однаковій мірі страждає як пацієнт, так і лікар-хірург. Для обох вона є, перш за все, великою психологічною травмою. Беручи до уваги, що в деяких випадках хірургу доводиться бути відповідачем при розгляді судових позовів пацієнтів, його фізичний і моральний статус ще більше пригнічується. Можливе виникнення гострих станів, як інфаркту міокарда, інсульту. У свою чергу, хворий повинен прикласти багато зусиль, щоб відновити втрачені функції організму [3, 9, 16].

На 100% зменшити фактор помилки неможливо, тому що вища нервова діяльність людини організована таким чином, що вона здатна і може помилятися. Завданням лікарських колективів хірургічних стаціонарів є зниження ймовірності помилки до мінімуму. Цього можна досягнути шляхом виконання подальших організаційних заходів. Доцільно ретельно вивчати медичну документацію пацієнта (амбулаторної картки, історії хвороби, виписок із попереднього лікування). Напередодні операції необхідно проводити бесіди з хворими для з'ясування особливостей захворювання, результатів попереднього лікування, в тому числі хірургічного, також алергологічного анамнезу. У своїй діяльності лікар-хірург повинен керуватися принципом: чим менше помилок у роботі, тим більший авторитет і повага у суспільстві [5, 6, 9, 14].

Виходячи з того, що хірург – це людина, особистість, необхідно проводити ряд заходів для самовдосконалення, самопідготовки, постійно повторювати топографо-анатомічні особливості зон тіла, на яких буде відбуватися операція (кровопостачання, іннервація) з урахуванням віку, тілобудови пацієнта. Кожен хірург повинен намагатися, щоб усі його дії були поміркованими, обдуманими. Лікар-хірург, який часто оперує, повинен постійно перебувати у спокійному середовищі, без емоційних і нервових потрясінь. Важливе значення має раціональне планування вихідних днів, відпусток, тому що зміна середовища перебування сприяє активному відновленню психоемоційного статусу хірурга. Кожен хірург повинен мати хобі для зняття стресів після виконаних операцій та відновлення фізичних сил. Вагоме значення мають помірні фізичні навантаження, особливо заняття плаванням, при якому відновлюються всі групи м'язів, активізується розумова діяльність [3, 8, 9, 16].

Висновки. 1. Під час виконання професійних обов'язків лікарю-хірургу практично неможливо уникнути лікарської помилки. 2. Будь-яка поми-

лка під час операції чи маніпуляції має дуже негативні наслідки як для лікаря-хірурга, так і пацієнта. 3. На сьогодні існує ряд заходів, в основному, організаційного характеру, які здатні суттєво знизити ймовірність лікарської помилки.

Перспективи подальших наукових досліджень. Проблема лікарської помилки у хірургічній діяльності нами буде і в подальшому прицільно вивчатися. Акцент буде зроблений на морально-психологічному аспекті цього феномену. Залишається незрозумілим, чому деякі хірурги свідомо йдуть на здійснення помилки, спричиняючи хворим страждання і навіть смерть. Також вимагає глибокого вивчення поведінка і соціальна адаптація пацієнтів, потерпілих від лікарської помилки. З іншого боку, необхідно розпрацювати соціальну стратегію щодо лікарів-хірургів, які допустилися помилки і від цього постійно страждають. Окрім цього, потрібно створити такі умови для хірурга, які попередили б його можливе “професійне вигорання” чи навіть самогубство. На сьогодні слабо вивчений феномен помилки хірурга у передопераційному та ранньому післяопераційному періодах. Безумовно, це питання також буде в подальшому досліджуватися.

Список використаної літератури

1. Krizek T. *Surgical error: ethical issues of adverse events* / T. Krizek // *Arch. Surg.* – 2000. – № 135. – P. 1359-1366.
2. Orlander J.D. *The morbidity and mortality conference: the delicate nature of learning from error* / J.D. Orlander, T.W. Barber, B.G. Fincke // *Acad. med.* – 2002. – № 77. – P. 1001-1006.
3. Радши Я.В. *Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування: Монографія.* / Я.В. Радши. – К: Вид-во УАДУ, 2001. – 360 с.
4. Булеца С.Б. *Право фізичної особи на життя і здоров'я (порівняльно-правовий аспект). Монографія* / С.Б. Булеца. – Ужгород: Ліра, 2003. – 172 с.
5. *Dr Noorecase* // *Criminal Law Review.* – 2000. – P. 31-41.
6. Антонов С.В. *Лікарська помилка як особливий критерій при встановленні вини медичних працівників у цивільно-правовому делікті* / С.В. Антонов // *Держава і право: Збірник наукових праць.* – К.: Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького НАН України. – 2002. – Вип. 18. – С. 224-229.
7. Бильченко О.С. *Врачебная этика и медицинская деонтология.* / О.С. Бильченко. – Харьков, 2005. – 197 с.
8. Leape L.L. *Error in medicine* / L.L. Leape // *JAMA.* – 1994. – № 272. – P. 1851-1867.
9. *Гиппократ. Этика и общая медицина* / Под ред. С.Ю. Трохачева; Пер. с древнегреч. – СПб, 2001.
10. *Медичне право України: Збірник нормативно-правових актів* / Ужгород; наук. р. Н.Б. Болотіна. – К.: Ін. Юра, 2001. – 412 с.
11. *Врачи, пациенты, общество. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций.* – К. 1999. – 129 с.
12. *“Patients and physicians” attitudes regarding the disclosure of medical errors* / T.H. Gallagher, A.D. Waterman, A.G. Ebers [et al.] // *JAMA.* – 2003. – № 289. – P. 1001-1007.
13. Паращич І.М. *Загальнотеоретичні проблеми захисту прав пацієнтів в Україні* / І.М. Паращич, О.М. Васютін // *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку: матер. I Всеукр. наук.-практ. конф. (19-20 квітня 2007 р., м. Львів)* / упор., к.ю.н. Сенюта І.Я., Петренко Х.Я. – Львів: Медицина і право. – С. 216-218.
14. Авер'янов В.Б. *Нова доктрина українського адміністративного права: концептуальні позиції* / В.Б. Авер'янов // *Право України.* – 2006. – № 5. – С. 11-17.
15. *Ивашкевич Г.А. Преступление без наказания* / Г.А. Ивашкевич. – Львов: Издательское предприятие “Край”, 1995. – 106 с.
16. Wu A.W. *Medical error: the second victim: the doctor who makes the mistakes needs help too* / A.W. Wu // *BMJ.* – 2000. – № 320. – P. 726-727.

ФАКТОР ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХИРУРГА, ПУТИ ЕЕ МИНИМИЗАЦИИ

Резюме. Каждая ошибка врача-хирурга отрицательно воспринимается в обществе. Они бывают различными в зависимости от сроков выполнения операции, от локализации операционного поля, психоэмоционального состояния и характера хирурга. Большое значение имеет медицинское оборудование, которое используется во время операционного вмешательства. Ни один хирург не может избежать ошибочных действий и тактических решений. На сегодня разработан ряд мероприятий, благодаря которым можно в значительной мере снизить процент ошибочных действий. Также существуют рекомендации относительно минимизации профессиональных ошибок врачей-хирургов.

Ключевые слова: врачебная ошибка, хирургическая деятельность, категории ошибок, последствия для пациента и для врача, морально-психологический аспект, социальная стратегия.

FACTOR OF MEDICAL ERROR IN PROFESSIONAL ACTIVITY OF A SURGEON, THE WAYS OF ITS MINIMIZATION

Abstract. Every mistake of a surgeon is negatively accepted in society. All errors can be different according to the terms of performing operation, the area of operation, psycho-emotional condition and character of a surgeon. Medical equipment used during operation or procedure is of great importance. None of surgeons can avoid wrong actions and tactical decisions. For today a number of measures has been elaborated enabling to decrease the percentage of wrong actions. Certain recommendations for minimization of the surgeons' professional errors are suggested.

Key words: medical error, surgical activity, categories of mistakes, consequences for patient and for doctor, moral-psychological aspect, social strategy.

Danylo Halytsky National Medical University (Lviv);
Regional state clinical medical-diagnostic cardiologic center (Lviv)

Надійшла 16.03.2017 р.
Рецензент – д.мед.н. Савка І.Г. (Чернівці)