ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ЛЮБОЙ ВРЕД, НАНЕСЕННЫЙ ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА, ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКОЙ?

Случаи предоставил Лопастейский Д.С. Комментарий – Руденко А.Ю.

Врачи действуют правильно, но пациент умирает. С позиций этической экспертизы подобных случаев вины врача нет. Но законодательство считает, что ответственность врач должен нести, независимо от того, виноват он или нет.

Ключевые слова: врач, пациент, врачебная ошибка, тромбоз, патологоанатомическое вскрытие.

IS ANY HARM TO THE PATIENT'S HEALTH REFERRED TO AS MEDICAL ERROR?

Clinical cases provided by Lopastejsky D.S. Comments: Rudenko A.U.

Though physicians provide adequate management to patients, patients fail to survive. In this case the ethics review committee does not find the physician guilty. However, the law stipulates that the physician must take responsibility for his actions, regardless of whether or not the physician is guilty.

Keywords: physician, patient, medical error, thromboembolism, autopsy.

Случай. Пациентка К., 56 лет, выйдя на пенсию, решила обратиться к хирургу по поводу гигантской, невправимой пупочной грыжи.

Из анамнеза заболевания выяснено, что опухолевидное образование в области пупка появилось после вторых родов 20 лет назад. Первоначально образование вправлялось в положении лежа. С течением времени грыжа значительно увеличилась в размерах, достигнув гигантских, перестала вправляться, возникали признаки спаечной болезни с периодичностью от 1 раза в 6 месяцев до 2 раз в неделю. Отмечала истончение, повреждение и образование язв на коже над грыжевым выпячиванием. Был один эпизод кровотечения из поверхностной вены передней брюшной стенки, возникший после травмы истонченной кожи. Обратилась к хирургу в другом городе по рекомендации родственников. За время трудовой деятельности бухгалтером в городской больнице в начале заболевания хирурги предлагали операцию, но пациентка отказывалась сначала из-за страха, а затем из-за стеснения за гигантские размеры грыжи. К 50 годам в оперативном лечении было отказано ввиду операционного риска из-за сопутствующей патологии.

Из анамнеза жизни известно, что пациентка страдает ИБС и гипертонической болезнью, мерцательной аритмией, принимает лекарства не регулярно; сахарный диабет в течение 10 лет (принимает таблетированные, сахароснижающие препараты, контролирует уровень глюкозы крови нерегулярно), посттромботическая болезнь вен нижних конечностей в течение 10 лет с периодическим возникновением трофических язв на

голенях; 5 лет назад перенесла операцию по поводу меланомы кожи голени - после чего курсы химиотерапии (при контрольном осмотре онколога через 5 лет-рецидива и метастазирования не выявлено), ожирение 3-4 степени.

При первичном осмотре (за 3 месяца до операции) общее состояние ближе к относительно удовлетворительному. Рост пациентки 157 см, вес 97 кг. Пульс аритмичный. В легких в нижних отделах выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Живот ассиметричен за счет гигантской, невправимой, умеренно болезненной при пальпации, грыжи размером 40x40x20см. Симптом кашлевого толчка проверить сложно из-за размеров грыжи и выраженного кожноподкожножирового фартука. На коже живота в проекции грыжи эпителизирующаяся трофическая язва.

С пациенткой проведена беседа об объеме оперативного вмешательства (грыжесечение с пластикой местными тканями и полипропиленовой сеткой), о высоком риске неблагоприятного исхода (смерть) и рецидива грыжи. Пациентка в течение нескольких дней, взвесив положительные и отрицательные стороны операции, учитывая страдания, которые приносит грыжа, соглашается на операцию. Разработан комплекс подготовительных мероприятий по коррекции нарушений систем организма и профилактике осложнений. Выполнена коррекция терапии ИБС, гипертонической болезни, мерцательной аритмии, Пациентка спала на кровати с опущенным головным концом, надувала воздушные шары, занималась ходьбой, похудела на 10 кг.

При исследовании кишечника с барием по пассажу установлено, что грыжевой мешок выполняет вся тонкая кишка и поперечная кишка без выявления признаков механической непроходимости. До, во время и после операции использовался низкомолекулярный гепарин, компрессия голеней эластическими бинтами (использование чулок и компрессия бедер не представлялась возможным из-за чрезмерно развитого подкожного жира - бинт скручивался и передавливал бедро). Операция выполнялась под комбинированным (ЭТН + эпидуральная анестезия) наркозом. В ходе операции выполнена герниолапаротомия, рассечение единичных плоскостных спаек на петлях кишечника, ревизия тонкой кишки, погружение ее в брюшную полость. Края апоневроза ушиты край в край без натяжения, на апоневроз фиксирована полипропиленовая сетка. Наложённые швы на апоневроз не повлияли на показатели аппарата ИВЛ. Иссечен кожноподкожножировой фартук. Швы на кожу. На операционном столе одет послеоперационный бандаж.

В начале вторых суток пациентка в бандаже встала и ходила. Терапия, начавшаяся до операции, продолжалась и после. На шестые сутки внезапно больная почувствовала сильную боль в грудной клетке, отмечено падение давления, на ЭКГ подозрение на

острый инфаркт миокарда. Больная переведена в кардиореанимацию, где, несмотря на проводимую интенсивную терапию в течение суток, пациентка умерла. На патолого-анатомическом вскрытии выявлена тромбоэмболия ветвей легочной артерии, макроскопически диагноз инфаркта не подтвердился.

Комментарий. Вопрос состоит в том, можно ли говорить в данном случае о врачебной ошибке. Врачебная ошибка часто трактуется как любой вред, нанесенный здоровью человека в процессе оказания медицинской помощи. В то же время она представляет собой *«добросовестные заблуждения врача без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества»* (И.В. Давыдовский). Неверную трактовку врачебной ошибки закрепляют в массовом сознании СМИ и, отчасти, юристы. Отождествлять наказуемые и ненаказуемые просчеты медицинских работников склонны и пациенты, которые видят только результат – вред, нанесенный здоровью. Такое смешение ошибки и преступления не позволяет применять эффективные методы профилактики врачебных ошибок.

Социальными субъектами оценки правонарушений в медицине являются правоохранительные органы. Социальными субъектами оценки врачебных ошибок должны выступать клиничко-анатомические конференции и этические комитеты. В процессе установления врачебной ошибки центральными фигурами являются врачи-патологоанатомы и судебные медики. В данном случае патологоанатомическая экспертиза не установила факта врачебной ошибки. Действительно, от тромбоэмболии никто не застрахован и предсказать достоверно развитие событий в данном случае не представляется возможным. Инфаркт не подтвердился. Все мероприятия были проведены в соответствии со стандартами и с учетом индивидуальных особенностей пациентки. Она была полностью информирована, компетентна и автономна в принятии решения. Другими словами, этические требования были соблюдены.

Но, к сожалению, современное законодательство, определившись, наконец, в своем отношении к врачебной ошибке (статья 92 ФЗ «Об охране здоровья граждан»), закрепило ее понимание не в духе идей И.В. Давыдовского, а совсем в ином духе:

Статья 92. Врачебная ошибка при оказании медицинской помощи

1. Врачебной ошибкой при оказании медицинской помощи признается допущенное нарушение качества или безопасности оказываемой медицинской услуги, а равно иной ее недостаток независимо от вины медицинской организации и ее работников.

2. Ущерб, причиненный жизни и здоровью граждан в результате врачебной ошибки при оказании медицинской помощи, подлежит возмещению за счет средств страхования, осуществляемого на основании отдельного федерального закона.

Очевидно, что при таком подходе приведенный пример будет рассматриваться именно как врачебная ошибка в соответствии с п.1 данной статьи. Конечно, если

родственники подадут исковое заявление в суд, то тот будет руководствоваться п.2 данной статьи. Правда, не известно, оформлен ли договор страхования профессиональной ответственности в данной конкретной клинике, поскольку «застрахованных» клиник у нас преступно мало. Но дело даже не в этом, а в том, что страдает репутация профессионалов-медиков, которые не виновны в смерти пациентки. Их действия автоматически объявляют ошибочными только потому, что пациенту причинен вред. Парадокс состоит в том, что они его не причиняли. Но пациентка умерла, значит, вред причинен. Умерла в клинике, значит, врачи ошиблись.

Мы не говорим о том, что пациент сам может нарушить режим и это приведет к нежелательным последствиям. Мы не говорим о том, что небрежность может допустить медицинская сестра, а неосторожным словом ранить пациента и нянечка. Все равно ошибка будет считаться врачебной и пятно ляжет на репутацию врача. В данном случае, статья закона и принципы биоэтики находятся в явном противоречии.

А что можно посоветовать? Во-первых, руководству лечебных учреждений срочно оформлять договоры страхования профессиональной ответственности. Во-вторых, врачам строго документировать каждый свой шаг, жест, слово, особенно тщательно оформлять информированное согласие пациента. А в-третьих – бороться за то, чтобы в законодательных документах не появлялись этически неграмотные положения. Но это уже рекомендация для медицинских Ассоциаций.

Литература:

1. Доника А.Д., Кожевников Л.Л., Рева И.Е. Врачебная ошибка: дифференциация этического и правового поля (опыт США и российские реалии) // Биоэтика – 2011 – 1(7). – С.34-36.
2. Седова Н.Н. Все законы когда-то были нормами морали, но не все моральные нормы становятся законами // Биоэтика . – 2009 - № 1 (3) – С.37-42
- 3.Сергеева Н.В. Опыт Волгоградского регионального этического комитета по экспертизе инициативных исследований в медицине // Биоэтика – 2008 – 2 – С.20-23