

**КАЗУСИ НА ПРОПУСКИ И ГРЕШКИ
В ХИРУРГИЧНАТА ПРАКТИКА**

И. Црънчев

Медицински университет-Пловдив, Катедра по съдебна медицина и деонтология

пощенски код: 4000, гр. Пловдив, Р. България

e-майл: tsranchev@inbox.ru

Резюме:

В съдебномедицинската практика често обект на анализ и преценка са случаи от хирургичната практика от цялата страна. Като правило досъдебните производства, а и след това съдебните дела, не приключват с изготвянето на една първоначална експертиза. Обичайно по един казус се готвят множество експертизи, често с противоречиви мнения на експертите. Ако оставим настрана субективността на тези мнения и често съмнителната им научност ще стигнем до истината, че твърде често се срещат казуси с пропуски и грешки при оказаната хирургична медицинска диагностична и лечебна дейност. В настоящата статия ще споделим някои случаи от практиката, обект на експертна дейност в Катедрата по съдебна медицина и деонтология на Медицински университет-Пловдив.

Ключови думи: медицински грешки, достатъчност на медицинската помощ, качество на медицинската помощ

Основни данни и обсъждане

Казуси от хирургичната практика от цялата страна са чест обект на анализ и преценка в съдебномедицинската експертна дейност. Доста рядко досъдебните производства, а и съдебните дела, приключват с изготвянето на една първоначална експертиза, която се явява окончателна. Обичайно по един казус се готвят множество такива експертизи, често с противоречиви становища на експертите в тях. Въпреки липсата на безпристрастност на тези мнения и недостатъчната им научна обосновааност в някои случаи, нерядко се срещат казуси с пропуски и грешки при оказаната хирургична медицинска диагностична и лечебна дейност. Проблематиката, свързана с медицинските грешки, обема и своевременността на медицинската помощ, както и качеството на медицинската помощ, е разглеждана от редица автори и е изключително актуална и днес (1-13).

На първо място трябва да отбележим **недостатъчно регламентираната диагностична дейност** в спешните отделения на болниците. Несъмнено „пътечната медицина” оказва влияние върху броя на хоспитализациите- при най-малка възможност и често гранични до практически липсващи индикации при пациентите лекарите „утилизират” относително ненужни, но икономически полезни за болниците приети пациенти. Въпреки това се срещат казуси, при които осигурителният статус на пациента, нивото на хирургичното отделение на болницата и др. немедицински фактори оказват влияние върху качеството на оказаната медицинска помощ. Алгоритъмът на диагностично поведение в някои **спешни отделения** /особено в по-малките болници/ допускат назначаване дори на елементарни изследвания единствено според мнението на дежурния лекар.

Казус 1: Пиян пациент от ромски произход пада с автомобила си от мост с височина около 3 метра в река. Докаран е от екип на ЦСМП в СО на малка болница. Рано сутринта е повикан за консултация Началникът на хирургичното отделение, който преценява, че пациентът е грубо контактен, твърде пиян и мръсен /фекални материи от реката/ за да осъществи клиничен преглед. Освобождава го в дома му без изследвания с уговорка с близките, ако се влоши състоянието му, по-късно да се яви за преглед. Пациентът бил намерен от близките му в стаята, където бил оставен да спи 4 часа по-късно починал. На аутопсията се констатира тотално разкъсване на слезката и левия бъбрек с масивен хемаскос.

Недостатъчните изследвания за уточняване на състоянието на пациента могат да бъдат и са в основата на много пропуски и последващи грешки с фатален изход.

Казус 2: 72- годишен мъж пада от каруца при ПТП. При прегледа в Хирургичното отделение на областна болница е установено счупване на ключицата, поставена е имобилизираща мека превръзка и е освободен за дома. След 28 дни отново е приет в хирургичното отделение по повод на пролежни рани, лекуван е три дни, като екзитира 3 часа след изписването. Аутопсионна находка: Висока шийна травма с контузия на гръбначния мозък, счупени множество ребра, счупена фибула, субарахноидна хеморагия.

От друга страна **предоверяването на параклиничните изследвания**, особено на образните изследвания със съвременната високотехнологична апаратура също води до неправилни изводи и съответно неправилни последващи решения.

Казус 3: Пациент след операция по повод на перфорирала стомашна язва, след спокоен тридневен следоперативен период, започва да прави фебрилитет, като температурната крива в течение на два дни се оформя като „септична”, на фона на сравнително „спокоен” корем. Назначеното УЗД изследване на корем е разчетено като ”наличие на кух коремен орган в лявото подреброе, изпълнен с течност”. Сугестира се, че това е стомах. Обсъждайки възможностите, лекарският консилиум взема решение за тридневно изчакване/ петък е/ и пациентът екзитира след 2 дни. Аутопсионна находка: 1,5 л гной в добре оформен субфреничен абсцес.

Тактическото поведение на хирургичния екип е изключително важно за сигурността на пациентите и за успешната хирургична дейност. Прекаленото прибързване или изчакване за активно или пасивно лечебно поведение често се оказва неправилно. Голяма роля в неправилната оценка на състоянието на определен спешен пациент играе недостатъчната активност в проследяването на пациента след първичния преглед и хоспитализацията. Наблюдението на пациентите се оставя често на сестринския персонал, който от една страна от незаинтересованост, а от друга от слаба подготовка пропуска да съобщава на дежурния лекар динамиката в състоянието на пациента. В много болници сестринският персонал след обяд и нощем само термометрира и изпълнява назначенията. Своята неблагоприятна роля играе и размиването на фигурата на лекувания лекар. В много хирургични отделения и клиники тази функция е напълно заличена. Там има редица от сменящи се дневни и нощни дежурни лекари с бегла намеса в работата на звената на старшите лекари. Стига се до абсурдни казуси:

Казус 4: Жена на 43 години с диагностициран с УЗД в спешното приемно отделение конкремент с диаметър 14 мм в холедоха. Болната е приета в увредено, но компенсирано състояние от дежурния екип около 18 часа. След докладването на болната на сутрешна визитация в отделението тя е „забравена”. Оперирана е на седмия ден от приемането с развита картина на билиарна цироза и в тежко общо състояние. Предприетата оперативна интервенция не е съобразена със състоянието на болната и е пристъпено към стандартна оперативна интервенция, а не палеативно разрешение с дрениране на холедоха и операция на втори етап, след стабилизирането на пациентката. Изходът е смърт на операционната маса.

Опериращите хирурзи необосновано често се притесняват при допуснати технически грешки, наранявания на анатомични структури в оперативното поле, привързване на съдове и органи и други технически срещани действия. При добросъвестно оперативно поведение тези технически грешки се срещат в хирургичната практика и не са съдебно укорими. Те обаче следва да бъдат установени своевременно, дори от наблюдаващите лекари следоперативно болния и своевременно да се вземат мерки за предотвратяване на усложнения, свързани с техническите грешки.

Казус 5: По време на операция за отстраняване на херниалния сак на дискова херния с инструмент е разкъсана коремницата върху телата на поясните прешлени, проникнато е в коремната кухина, защипана и разкъсана е коремната аорта. Този факт не е установен интраоперативно. В часовете след операцията пациентката и близките са уведомявали дежурния персонал многократно за болки, прилошаване, изпотяване, но не са успели да привлекат вниманието му нито след обяд, нито през нощта. Сутринта болната екзитира на операционната маса.

Казус 6: При коремна операция по повод на отстраняване на масивна туморна формация са привързани и двата уретера. Липсата на диуреза е установена бързо след извеждането от операционната, пациентката е преведена за лечение в болница от по-високо ниво и случаят е завършил благоприятно по отношение на допуснатата обяснима грешка. На експертите беше трудно да обяснят на правника, че при променени анатомични взаимоотношения е възможно да се случи това действие, без да са налице незнание, немарливост или нехайство от страна на оператора и асистента му.

Не на последно място сме длъжни да обърнем сериозно внимание на **медицинската документация.** Вперили поглед в изискуемите от здравната каса документи за отчет на медицинската дейност, които са обект на проверки както от страна на касата, така и при жалби от РЗИ и ИА „Медицински надзор” лекарите позагърбиха писането на подробни декурзуси, добри консултации, подробни и вярни епикризи. Бланките за даване на информирано съгласие на пациентите в повечето болници не отговарят на изискванията на Закона за здравето и съдържат повърхностна и недостатъчна информация.

Особено внимание следва да се обърне и на **консултативната дейност на хирурзите.** Тясната медицинска специализация, колкото и да е полезна за върховите постижения в медицината често води до частичен преглед на пациента, който се превръща от болен човек в

сбор от глава, очи, нос, уши, шия, гърди, корем и опорно-двигателен апарат. Това несъмнено води до „диагностична слепота” и до пропуски при интердисциплинарни проблеми.

В заключение ще споменем, че технологичният напредък на медицината не следва да води до забравя на стари, но действащи и полезни правила от хирургичната практика. Необходимо е връщане към някои медицински традиции и намаляване на тенденцията към „конвейрност” в нашите хирургични болнични структури. Пациентът загуби мястото си на център в медицината и се превърна в средство за съществуването на много болници, включително техните хирургични структури. Той и близките му чувстват и виждат това и често отвърщат с жалби, тъжби и съдебни спорове и при най-малки и дори при липса на основания за оплаквания.

Изводи:

1. Необходимо е при липса на актуални протоколи за лечебно-диагностична дейност на национално ниво да се изработят подробни правилници за дейността на спешните звена.
2. В спешните звена е необходимо да лекуват опитни лекари, а не в почивните и празничните дни да се разчита на млади, недостатъчно опитни колеги, включително специализанти.
3. В интерес на болните и колегиума е необходимо да се възстановяват старите правила за общи хирургични решения след подробно обсъждане на случая, като се минимализират индивидуалните решения.
4. Уместно е да се възстанови ролята на „лекуващия лекар”.
5. Да се осмисли и приведе към необходимото качество следоперативното наблюдение и адекватна, своевременна намеса при констатиране на усложнения.
6. Да се преустанови практиката за пристъпване към оперативни методи по настояване на пациента и „демонстриране на оперативна техника за време” без това да е необходимо.

Библиография:

1. Василев, Н., Драгойчев, Ч., Топалов, Й. Опасности, грешки и усложнения в шийната, гръдната и сърдечно-съдовата хирургия. МФ, С. 1985г
2. Василев, Н., Цанков, Н., Грешки, опасности и усложнения в коремната хирургия. МФ, С.1983
3. Голева, П. Отговорност на лекаря за вреди, причинени на пациента. ИК Труд и право, С. 2004
4. Дойчинов, И. Правно-деонтологични въпроси на медицинската дейност. Пловдив, 1998
5. Дончев, П. Медицинско право и деонтология. Медицина и физкултура, София, 1992
6. Зиновиева, Д. Медицинско право. Сиела, 2004
7. Зиновиева, Д., Салчев, П. Права на пациента. С., Сиела, 1998
8. Лисаев, П. Медицинска деонтология и медицинско право. Сиби, С 1996

9. Spasov S., “Medical errors”– literature review and proposal for modern definition. Science and Technologies, Volume II, Number 1, 2012 Medicine <http://journal.sustz.com/VolumeII/Number1/index.htmlgora>
10. Spasov S. Current liabilities of physicians in rendering poor medical treatment-report and review of poll among patients. Science and Technologies, Volume II, Number 1, 2012 Medicine <http://journal.sustz.com/VolumeII/Number1/index.htmlgora>
11. Spasov S. Analysis of complaints, requests and complaints, received at the CPE of RLK ВМА – Plovdiv for the period 2007 - 2011 years. Сборник доклади: Юбилейна научна конференция 80 год. областна болница –гр. Кърджали 25-26.10.2012г.; ISBN: 978-954-652-022-7; 174-179
12. Спасов, С. Правно-деонтологични въпроси, възникващи в спешната педиатрия. Спешна педиатрия, Гастроентерология, под ред. на проф. Т.Шмилев, Лакс бук, Пловдив, 2014, ISBN 978-954-8326-95-7; 27-37
13. Spasov S. Investigation and expert opinion on medical errors. Current status and issues in Bugaria. Trakia Journal of Sciences, ISSN 1313-7050; 2012, vol.10, supl. 2; 345-347