

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ОШИБКИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

Главный хирург Министерства здравоохранения РСФСР
засл. деятель науки РСФСР
проф. Н. И. Краковский

(Москва)

Ошибки в хирургической практике, к сожалению, далеко не редкое явление. По этому вопросу опубликовано много работ в специальных журналах и общей немедицинской прессе. Большое число клинико-анатомических конференций очень часто обсуждают ошибки в хирургической практике, но редко дают конкретные рекомендации для их предупреждения, особенно в отношении организационных мероприятий. Весьма часто встречаются диагностические ошибки, которые нередко влекут за собой и лечебно-тактические ошибки. Здесь следует подчеркнуть, что большинство ошибок отмечается при часто встречающихся заболеваниях (И. В. Давыдовский). Недоучет анамнеза может повлечь за собой непоправимую ошибку.

Пример. В одной клинической больнице г. Москвы только на основании профузного желудочного кровотечения квалифицированный хирург произвел в экстренном порядке резекцию желудка. В удаленной части органа язвы не оказалось. Быстрая гибель больного. На патологоанатомическом вскрытии перфорация рыбьей костью аорты в грудном отделе через пищевод.

Так же опасен недоучет необходимости обычного всестороннего клинического осмотра

Пример. Пожилая женщина жаловалась на боли и отечность правого бедра и голени. При осмотре больной ноги отмечается резкий отек и синюшность кожных покровов. Длительное и безуспешное лечение от флеботромбоза глубоких вен. Через месяц стационарной терапии приглашается гинеколог, который произвел бимануальное исследование и нашел большую опухоль (как оказалось позднее, лимфосаркому) в области бифуркации аорты, сдавливающую венозную сеть.

К опасным последствиям ведет клинический разбор больного, когда врачу изменяет профессиональная логика.

Пример. В Куйбышеве в одной из клиник произведено некровавое вправление бедра по поводу врожденного вывиха в тазобедренном суставе, вскоре после репозиции у мальчика наступило шокоевое состояние (мертвенная бледность кожных покровов, падение кровяного давления). Это было расценено как следствие грубой операционной травмы. Однако через короткое время, когда общие явления шока ослабли, выявились местные осложнения: похолодание оперированной конечности, исчезновение пульсов на стопе и у внутренней лодыжки, мраморный рисунок кожи и исчезновение движений в стопе и пальцах. Никому из лечащих врачей не пришло в голову, что в процессе вправления бедра могла быть разорвана магистральная артерия, питающая конечность. Острая ишемия тканей повлекла за собой гангрену. Жизнь ребенка была спасена ценой высокой ампутации бедра.

Профилактикой подобных ошибок является рано созданный консилиум врачей, на котором должны быть тщательно взвешены данные анамнеза, субъективных жалоб и объективного осмотра. Тщательно записанное заключение в истории болезни консилиума позволит избежать в дальнейшем упреков со стороны больного и его близких людей в невнимательном к нему отношении, даже если ошибка все-таки случилась.

Следует подчеркнуть настоятельную необходимость созыва консилиума врачей именно в начальной фазе заболевания или возникших послеоперационных осложнений. Самое отрицательное впечатление на организаторов хирургической службы производит созыв консилиума у постели агонирующего больного, которому иногда в это время для уточнения диагноза производят рентгенологические и другие исследования. Ни консилиум, ни дополнительные анализы за несколько часов до смерти больного не снимают с лечащих врачей ответственности за допущенную ранее грубую диагностическую или лечебно-тактическую ошибку. К лечебно-тактическим ошибкам мы относим неправильное действие врача при правильном диагнозе.

В Липецкой больнице находилась несколько недель больная с ясно выраженной картиной остро го деструктивного холецистита. Несмотря на то, что диагноз всеми врачами, наблюдавшими больную, был поставлен правильный и своевременный, операция все время откладывалась, в результате чего возник местный желчно-гнойный перитонит, поддиафрагмальный абсцесс, правосторонняя эмпиема грудной клетки и сепсис, от которого больная и погибла. Операция ей так и не была произведена.

К лечебно-тактическим ошибкам мы относим также неоправданное стремление хирурга сделать сверхрадикальную операцию (чаще всего при запущенных формах рака легкого или желудка), когда она неизбежно влечет за собой летальный исход. Заявление некоторых врачей о том, что прогноз у таких больных все равно безнадежный, не оправдывает их поступков в наших глазах. Авторитет хирургической службы создается успешными операциями, а не бесполезными, к тому же и крайне травматичными.

Элемент суггестии в мышлении врачей — очень опасное и, к сожалению, часто наблюдающееся явление.

Пример. В Рязани на протяжении 4 суток 5 врачей, работавших на участке, в поликлинике и на станции скорой помощи, с энергией, достойной лучшего применения, упорно отказывали в госпитализации больному Б., 45 лет, страдающему острым деструктивным аппендицитом. Все эти врачи убеждали последовательно один другого в том, что у больного нет «острого живота». Когда же больного, минуя их, все-таки госпитализировали в хирургическую клинику, дежурные хирурги под влиянием информации сочли возможным отложить операцию еще на 16 часов, а осуществить в качестве лечебного мероприятия ...очистительную клизму! Выполненная, наконец, лапаротомия выявила гангренозный перфоративный аппендицит и гнойный разлитой перитонит. Больной вскоре умер.

С внедрением техники в хирургическую практику возникли ошибки с применением новой аппаратуры. В нашем распоряжении имеются 4 случая, когда не сработал аппарат для протравливания сосудов корня легкого (УЛАВ-60), в результате чего возникло смертельное кровотечение на операционном столе. Нужно требовать от хирургов обязательной проверки на трупах умения пользоваться новым инструментом и знания его деталей. Это прямая обязанность главного врача больницы, который хочет избежать таких катастроф в руководимом им лечебном учреждении.

К техническим ошибкам следует отнести малые операционные разрезы, например для производства аппендэктомии. Через такой разрез с трудом можно извлечь только малоизмененный червеобразный отросток, но не сделать обязательную ревизию хотя бы области слепой кишки.

В г. Орле из-за недопустимо малых разрезов с целью диагностической лапаротомии больному К. дважды производилось вскрытие брюшной полости и тем не менее был просмотрен гангренозный перфоративный холецистит, что было установлено только на аутопсии.

Важный вопрос — работа с молодыми хирургическими кадрами. Опасно передоверие, но вредна и мелочная опека. Профессиональный рост хирургов не бывает одинаковым. В связи с этим диапазон допустимых операций может быть весьма различным у хирургов с равным по времени стажем работы и даже находящихся, казалось бы, в одинаковых условиях для творческого роста. Здесь следует подчеркнуть, что во всех случаях старшие товарищи обязаны контролировать работу младших, как бы способны они ни были, иначе могут возникнуть тяжелые ошибки.

Например, в Волгограде одному молодому хирургу вместе со студентом было доверено паховое грыжесечение. Не разобравшись в анатомических соотношениях паховой области, хирург, незаметно для себя, иссек часть мочевого пузыря вместе с грыжевым мешком. Эта ошибка не была ими распознана и позднее, хотя кровь в моче после операции должна привлечь внимание лечащих врачей. Больная умерла от мочевого перитонита на 8-е сутки после операции.

Описано много случаев ошибочного оставления инородных тел после операции. Лучшая профилактика таких ошибок — четкость работы всего операционного звена. Мы считаем, что при выявлении таких ошибок должны нести ответственность больше ассистенты, чем оперирующий хирург. Ассистенты во всех отношениях при тяжелой и опасной операции несут моральную нагрузку менее тяжелую, следовательно, им легче и предупредить такого рода общую ошибку, контролируя судьбу используемого перевязочного материала во время операции.

Помимо плохой организации труда в операционной, причиной оставления инородных тел в организме больного может быть слабое освещение операционного поля, затянувшаяся операция, утомившая силы врачей, и возникшие непредвиденные осложнения, чаще всего профузное кровотечение. Немаловажное значение имеют личные особенности характера хирурга.

Часто привлекаются к уголовной ответственности врачи за ошибки в связи с переливанием крови (путания с определением групповой принадлежности, нарушение режима хранения, несвоевременное выявление резус-фактора и т. п.). Правильная организация службы крови в любом лечебном учреждении предусматривает персональную ответственность за это дело одного наиболее компетентного в гематологии врача, что должно найти свое отражение в приказе по больнице.

Кроме того, с превентивной целью, мы рекомендуем периодически во всех хирургических учреждениях организовывать семинары по проверке подготовки врачей и сестринских кадров по технике и условиям выполнения гемотрансфузии, а также по возможным осложнениям, возникающим при ней.

Тяжелое впечатление оставляют заявления больных или их родственников с жалобой на обезличку и бездушие в лечении, особенно в ургентной хирургии. Недопустимым следует считать такое поведение врачей, когда у больного, находящегося

в одном отделении, возникает новое заболевание, относящееся к компетенции других специалистов, в связи с чем возникают пререкания, кто должен и где надо лечить такого больного. Такие конфликты иногда возникают, в частности, в родильных домах.

Например, у рожениц нередко бывает заболевание острым аппендицитом. Возникающая в связи с этим порочная дискуссия между акушерами и хирургами, где следует лечить такую больную, приводит к тому, что теряется драгоценное время для жизненно необходимой аппендэктомии и больная гибнет.

Подобные факты, например, имели место в Перми и Таганроге.

Наше твердое мнение сводится к тому, что правильнее произвести аппендэктомию там, где находилась эта больная, если в отделении есть операционный блок. Лечащий врач, передающий другому врачу тяжелобольного, обязан проследить дальнейшую судьбу больного.

Особо необходимо остановиться на правильном поведении медицинского персонала. Не нужно много говорить о том, что громадный коллектив советских медиков честно и безупречно выполняет свою ответственную работу на дому больных, в амбулаториях, здравпунктах и стационарах.

К сожалению, имеют место факты, когда в отношениях между некоторыми медицинскими работниками и больными возникают грубости и даже оскорбления. В приемном отделении больного должен встречать ласковый прием няни, медсестры и дежурного врача. Предупредительное, вежливое отношение к больному — залог авторитета учреждения. Некоторые врачи приемного отделения и стационаров не считают для себя необходимым «снизойти» до беседы с родными, рассказать терпеливо, подробно о том заболевании, которым страдает близкий им человек. Многие конфликты не возникали бы, если бы взаимоотношения между медперсоналом и больными были безупречными.

К сожалению, анализируя разбор жалоб на дефекты диагностики и лечения, читая акты расследования по тревожным сигналам с мест, нигде или почти нигде не видишь, как изучались взаимоотношения, как вел себя медицинский персонал с родными и близкими того больного, диагностика и лечение которого оказались не на должной высоте современных требований науки и практики.

Плохо поставлено у нас дело с переподготовкой среднего медицинского звена. Всевозможные курсы усовершенствования в ГИДУВах и на местных базах организуются почти только для врачей, реже — для фельдшеров и как исключение — для операционных медицинских сестер. Переподготовка палатных сестер носит случайный характер, а между тем современная клиника требует от палатных медсестер глубоких профессиональных знаний. Правильно поступают те главные врачи больниц, которые посылают операционных и палатных медсестер в передовые научно-лечебные учреждения для их подготовки и переподготовки.

Важный вопрос — организация разбора совершенной врачебной или сестринской ошибки. Одинаково недопустимо, с одной стороны, стремление администрации «замазать» ошибку, а с другой — выносить скоропалительно составленный приказ с разгромными выводами, без серьезного анализа того, что произошло.

Очень помогают правильному решению всегда болезненных для коллектива больниц вопросов об ошибках хорошо организованные клинико-анатомические конференции. На них с предельной объективностью должны быть освещены не только диагностические, лечебные, но и организационные ошибки с персональным указанием лиц, их совершивших. К сожалению, в пространных протоколах таких конференций редко встречаешь организационно правильное резюме председателя, рекомендующего ясные пути к предупреждению таких ошибок и дающего объективное заключение для администрации больницы в отношении наказания или оправдания лечащих врачей.

Подобные конференции должны иметь большое воспитательное значение, особенно для растущей врачебной молодежи. Они облегчают работу и судебным работникам при тяжелых обвинениях врачей в преступной халатности.

В заключение хочется выразить надежду на то, что заведующие хирургическими отделениями и главные врачи больниц будут заниматься не только анализом уже совершенных врачебных ошибок, но и профилактикой их возникновения.

Поступила 7 апреля 1964 г.