

182. Yessian, M. R. Putting the controversy aside, how is the data bank doing / M. R. Yessian // Public Health Report. — 1995. — Vol. 110, N 4. — P. 381–382.

183. Uranus, S. Laparoscopic removal of a large laparotomy pad forgotten in situ / S. Uranus, C. Schauer, J. Pfeifer // Surg. Laparosc. Endosc. — 1995. — Vol. 5, N 5. — P. 77–79.

184. Webster's Encyclopedic Dictionary. — N. Y.: Portland House, 1989. — 2080 p.

185. Weiser, T. G. An estimation of global volume of surgery: a modeling strategy based on a available data / T. G. Weiser [et al.] // Lancet. — 2008. — Vol. 372, N 9633. — P. 139–144.

186. William, T. Iatrogenic complication and quality improvement in everyday medical practice / T. William // Schweiz. Med. Wochenschr. — 1996. — Bd. 126, H.13. — P. 517–521.

187. William, E. Operative ureter injuries / E. William // Arch. Surg. — 1959. — Vol. 79, N 3. — P. 861–863.

188. Wing Chiu Dai. Radiofrequency ablation for controlling iatrogenic splenic injury / Wing Chiu Dai, Ng.K. Kelvin // Int. J. Colorectal Dis. — 2010. — Vol. 25, N 5. — P. 667–668.

189. Wood, C. The misplace of litigation in medical practice / C. Wood // Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol. — 1998. — Vol. 38, N 4. — P. 365–376.

190. Wu, A. W. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too / A. W. Wu // B.M.J. — 2000. — Vol. 320, N 7237. — P. 726–727.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
Список сокращений.....	5
Глава 1. Современные представления о ятрогениях.....	6
1.1. Врачебные ошибки и отношение к ним общества.....	6
1.2. Дефиниции терминов, обозначающих неблагоприятный исход лечения.....	8
1.3. Судебно-медицинские и правовые подходы к проблеме ятрогений.....	12
1.4. Ятрогении манипуляционного характера в абдоминальной хирургии.....	18
Глава 2. Непреднамеренные интраоперационные повреждения, возникающие при операциях на органах живота (совместно с А.Е. Демко).....	22
2.1. Структура и обстоятельства возникновения непреднамеренных интраоперационных повреждений.....	22
2.2. Специфические и типовые непреднамеренные интраоперационные повреждения при операциях на органах живота.....	36
2.3. Исходы непреднамеренных интраоперационных повреждений.....	40
Глава 3. Неумышленное оставление инородных тел при операциях на органах брюшной полости.....	41
3.1. Структура и обстоятельства оставления неумышленных инородных тел.....	41
3.2. Исходы неумышленно оставленных инородных тел.....	45
Глава 4. Судебно-медицинские и правовые аспекты манипуляционных ятрогений в абдоминальной хирургии (совместно с С.А. Повзуном).....	49
Глава 5. Заключение.....	66
Литература.....	80

Глава 1. Современные представления о ятрогениях

1.1. Врачебные ошибки и отношение к ним общества

Тема вреда, причиняемого врачом, его неспособностью вылечить больного прослеживается во многих исторических источниках.

История развития учения о ятрогенных заболеваниях, по сути, началась с историей врачевания. В древнем мире по-разному относились к профессиональным ошибкам врачей.

Так, согласно «Эдикту Веспасиана» (74 г. до н. э.), в Древнем Риме врач был освобожден от всяких повинностей за медицинские ошибки и не имел общественных обязанностей.

В Древней Греции врачебное мастерство ценилось очень высоко, и часто медики за допущенные ошибки освобождались от ответственности, однако существовала собственная профессиональная система самоограничения во имя здоровья пациента, сущность которой выражается в клятве Гиппократов (300 г. до н. э.).

В Древней Индии, согласно законам Ману (200 г. до н. э. — 200 г. после н. э.), врач за ошибочное лечение подвергался штрафу, размер которого определялся в зависимости от нанесенного вреда.

В Японии существовал «Свод законов Тайхоре» (707–708 гг.), в котором 24-й закон был посвящен медицине. Он обязывал каждого врача вести записи своих удач и неудач в лечении больных, при этом некоторые ошибки приравнивались к уголовным преступлениям.

На Руси неудачи врачей в лечении карались крайне жестоко. В 1440 году у царя Иоанна заболел сын-наследник Иоанн Младший. Лечение было поручено доктору из Венеции Леону. Князь скончался, а Леон был публично казнен через 6 недель. В конце XVII века в одном из царских указов о лекарях говорилось: «Буде из них кто нарочно или кого уморит, а про то сыщется, им быть наказанными смертью» (Цит. по: Попов В. Л., 1982).

Правовая основа, регламентирующая врачебную деятельность в России, появилась после принятия в 1497 году первого русского

свода законов — «Судебника», однако окончательно система нормативно-правового регулирования медицинской деятельности сложилась только к 1832 году, когда был составлен «Свод законов Российской Империи».

В 1857 году в России появился единый врачебный закон «Устав врачебный». Он относил медицинских работников к должностным лицам, вводил ответственность за служебные преступления и просуществовал до 1917 года.

В настоящее время настороженность в отношении возможных неблагоприятных исходов лечения проявляется в виде *defensive medicine* (оборонительной медицины), широко известной на Западе (May W. F., 1994). «Оборонительная медицина» направлена, прежде всего, не на здоровье пациента, а на предотвращение возможных преследований медицинских работников со стороны пациентов и их представителей. Стремясь «подстраховаться», врачи искусственно увеличивают число диагностических процедур, повторных консультаций, консилиумов. В хирургической практике такой подход в ряде случаев приводит к уклонению от лечения тяжелых больных, выбору менее сложных, ортодоксальных методик вмешательств, отказу от оперативного лечения хронических больных, а также затягиванию подготовки к операции. Все вышеперечисленное сопровождается написанием огромного количества бумаг, заполнением бесчисленных «форм» для того, чтобы избежать возможных претензий и преследований.

Немалое значение имеет то, что традиционной для медицинской литературы является публикация материалов, освещающих в основном достижения. Крайне редко можно встретить работы, посвященные анализу негативных исходов лечения.

Первые масштабные исследования причин и особенностей ятрогений были проведены в США (Brennan T.A., Leape L.L., 1991), в Австралии (Runciman W.B. et al., 1993) и в Канаде (Duguent A.M. et al., 1995). Оказалось, что ятрогении возникают у 2,9–3,7% больных. В 70% случаев имеет место временное ухудшение здоровья больного длительностью не более 6 месяцев, в 2,6–16,6% возникают тяжелые ятрогенные патологические состояния, в 3,6–6,6% — летальный исход. 20% поступивших на лечение в университетские больницы США пострадали от ятрогенных травм, при этом среди таких травм 20% были серьезными или смертельными (Lucian L., Leape L.L., 1994). По данным ВОЗ, ятрогении встречаются у 20% больных. Стоит отметить, что высокая частота возникновения ятрогений отмечается в пе-

риоды внедрения и разработки новых методов лечения (Давыдовский И. В., 1941; Han Y. et al., 2005). Вполне понятен факт, что истинная частота ятрогений в мировой практике неизвестна, потому что «врачи, как и столетия тому назад, не склонны афишировать свои неудачи» (Федоров И. В. с соавт., 2001).

1.2. Дефиниции терминов, обозначающих неблагоприятный исход лечения

В настоящее время для обозначения неблагоприятных исходов лечения используются такие понятия как «врачебная ошибка», «ятрогения» и «дефект оказания медицинской помощи».

Понятие «врачебная ошибка» более раннее, чем понятия «ятрогения» и «дефект оказания медицинской помощи» (Стеценко С. Г., 2006). По мнению А. П. Кибалко с соавторами (2003), термин «врачебная ошибка» — собирательный. Они подчеркивают, что действующее законодательство не знает правовой формулировки «врачебная ошибка». Тем не менее, ряд авторов дают свои определения данному понятию. Так, И. Н. Мохова и А. А. Мохов (2002) представляют врачебную ошибку как невиновное причинение вреда здоровью лица в связи с проведением диагностических, лечебных, профилактических мероприятий.

И. В. Давыдовский (1941) дает следующее определение врачебной ошибки — это добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов ее исследования, либо вызванное особенностями течения заболевания определенного больного, либо объясняемое недостатками знаний, опыта врача. На наш взгляд, представленное определение является наиболее точным.

Ряд авторов полагает, что «врачебная ошибка» включает в себя понятие «ятрогения» (Мазин П. В., Мазин В. П., 2005).

Сам термин «ятрогения» был введен немецким психиатром О.С.Е. Bumke (1925). Он буквально понимается как «болезни, порожденные врачом» (*греч.* *iatros* — врач и *genes* — порождающий). Автор в своей работе 1925 г. «Врач как причина душевных расстройств» определил термин как «изменения здоровья к худшему, вызванные неосторожными действиями или словом врача». В отечественную литературу и сам термин, и его «психогенное» толкование привнес

Р. А. Лурия своей небольшой книгой «Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания», вышедшей в 1939 году (Лурия Р. А., 1939).

Постепенно концепция ятрогений стала активно исследоваться другими специалистами. Понятие приобрело в связи с этим более широкий смысл и стало включать любой патологический процесс, возникший в результате действий врача.

В последние годы в связи с усилившимся вниманием общества к проблеме ятрогений, признанием факта их достаточно высокой частоты в разных странах созданы соответствующие национальные структуры. В США это Американская ассоциация по изучению ятрогении (AIA) и неправительственная организация «Объединенная комиссия по аккредитации организаций здравоохранения и надзора за медицинскими ошибками» (QICTF). В 2004 году по инициативе Всемирной организации здравоохранения создан «Всемирный альянс по безопасности пациентов» (World Alliance for Patient Safety).

В настоящее время в мире нет единого подхода к трактовке понятия «ятрогения». По подсчетам Ю. В. Сергеева и С. В. Ерофеева (2001) и Ю. Ф. Ибатулиной (2010), в литературе существует не менее 65 определений, понятий и признаков ятрогении.

В МКБ-10 под ятрогенией понимаются «любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств или процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидности или смерти, развившимся в результате как ошибочных, так и правильных действий врача». К ятрогениям можно отнести следующие рубрики: N30–39, N80–99, O00–08, O29, O60–75, O85–92, P10–15, T20–32, T36–65, T78, T80–88, T96–98, Y40–84.

В 1990 году Международный институт управления сертификатами (ISPIC) определил, что ятрогения — это «осложнение, возникающее в результате функционирования здравоохранения в целом, включая все человеческие, технические и организационные аспекты проблемы медицинской помощи». Нам трудно согласиться с последним определением, поскольку осложнение — это результат естественного течения заболевания, патологический процесс, патогенетически связанный с основным заболеванием и усугубивший его течение, а у ятрогении всегда есть конкретный автор (Повзун С. А., Унгурия В. М., 2012).

«Энциклопедический словарь медицинских терминов» (1982) относит к ятрогениям «заболевания, обусловленные неосторожными

Глава 3. Неумышленное интраоперационное оставление инородных тел при операциях на органах брюшной полости

3.1. Структура и обстоятельства оставления неумышленных инородных тел

Всего анализу было подвергнуто 84 случая ОИТ, выявленных при анонимном анкетировании хирургов (n=61), изучении протоколов патологоанатомических вскрытий (n=7) и заключений СМЭ (n=3), а также клинических наблюдений, описанных в медицинской литературе (n=13). По своей структуре инородные тела в 1/3 случаев были твердыми (металлический операционный инструментарий, резиновые дренажные трубки, катетеры и т. п.). В 2/3 случаев эти тела были тканевыми (салфетки, тампоны, турунды), из них в 3 наблюдениях было оставлено несколько инородных тел. Так, например:

Больной Н., 30 лет, поступил в экстренном порядке в дневное время с диагнозом колото-резанного ранения живота. По экстренным показаниям была выполнена первичная хирургическая обработка раны, в ходе которой был выявлен проникающий характер ранения. Произведена лапаротомия. При ревизии брюшной полости в ней было обнаружено до 1,5 литра крови со свертками, повреждение правой нижней эпигастральной артерии и ранение участка подвздошной кишки. Выполнены перевязка поврежденной артерии и ушивание дефекта тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости. На 7-е сутки после операции у пациента сохранялись боли в нижних отделах живота, признаки нагноения послеоперационной раны, лихорадка до 38 °С. Было принято решение выполнить релапаротомию. В ходе проведения операции в области малого таза были обнаружены две марлевые салфетки с формированием абсцесса. Инородные тела были удалены, произ-

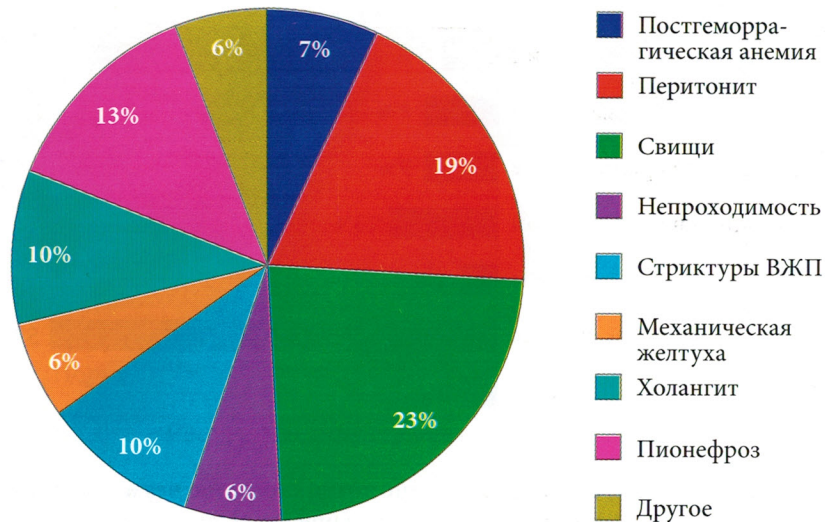


Рис. 18. Структура послеоперационных осложнений при ИП у выживших пациентов (по данным комиссионных судебно-медицинских экспертиз)

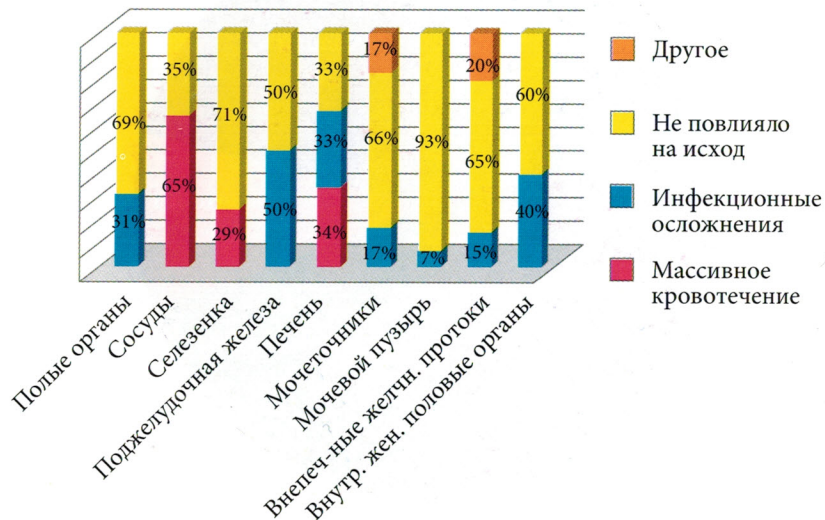


Рис. 19. Исходы непреднамеренных интраоперационных повреждений (в зависимости от их локализации)