Акушерські помилки. Помилки в акушерстві

В. В. Камінський[1], В. І. Медведь[2], Л. В. Мартиненко[3,4]

1 Кафедра акушерства, гінекології та репродуктології Національного університету охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика

2 Відділення внутрішньої патології вагітних ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О. М. Лук'янової НАМН України»

3 Редакція журналу «Жіночий лікар»

4 ГС «Українська медична спілка»

м. Київ

> *Людині властиво помилятися.*
> **Сенека старший (імовірно)**

Дійсно, помиляються всі й кожен, проте лікарські помилки можуть мати занадто високу ціну. Інколи наслідки бувають навіть трагічні, тому лікарські помилки сприймаються суспільством особливо гостро, емоційно, непримиренно. Проте помилкою дії чи бездіяльність лікаря може визнати виключно професійна лікарська спільнота, а не громадськість, мас-медіа, депутати чи начальники. На практиці ще може визнати суд, хоча у Кримінальному кодексі України юридичне поняття «лікарська помилка» відсутнє. Суд може визнати лікаря винним, причому це має відбутися в законний цивілізований спосіб, а призначити лікаря винним без усякої попередньої процедури права не має ніхто. А в нас таке буває, ще й нерідко! Гадаємо, читачі не раз і не два бачили телевізійні сюжети, в яких приголомшені горем родичі називали злочинцем(ями) лікаря(ів), їх гнівно підтримували журналісти, долучалися й «обурені колеги».

У зоні ризику перебувають лікарі будь-яких клінічних спеціальностей, та більшою мірою — хірурги. Це цілком зрозуміло: результати їхньої роботи — як успішні, так і невдалі — осяжніші, більш наочні. Але незаперечними лідерами як за кількістю різноманітних помилок, так і за кількістю скарг є акушери. Особливості акушерства, його унікальний дуалізм і незаперечний драматизм роблять процес прийняття медичних рішень украй складним, а лікарів, які працюють з вагітними та роділлями, — найуразливішою категорією медиків.

В акушерстві нерозривно переплітаються дві долі, дві фізіології, два здоров'я, і зовсім не завжди їхні інтереси збігаються. Саме тому так складно буває часом в акушерстві обрати безпомилкове рішення, що забезпечило б подвійний результат, дозволило досягти подвійного успіху. Ця ситуація цілком природна, а наявні складнощі мають об'єктивний характер, стаючи джерелом лікарських помилок. Проте помилок такого штибу незрівнянно менше порівняно з тими, яких свідомо чи несвідомо, але невиправдано часто припускаються лікарі!

Помилки в акушерстві дуже різні: типові й нетипові, часті та рідкісні, усувні та фатальні, принципові (серйозні, суттєві) та несуттєві (дрібні), традиційні багаторічні й сучасні, нові. Помилок припускаються не тільки акушери-гінекологи, а й суміжні спеціалісти, що їх залучають до прийняття рішень у тяжких, складних, нестандартних ситуаціях. Найчастіше такі ситуації, як і різноманітні лікарські помилки, трапляються в клініці екстрагенітальної патології вагітних.

Материнська смертність: помилки і уроки

В акушерстві немає нічого страшнішого за материнську смерть (МС). Її бояться всі акушери, а надто — ті, хто вже хоча б раз пережив цю професійну і людську трагедію. Відповідно, найтяжчими помилками в акушерстві є ті, що призвели до МС. Уже нічого змінити не можна. Результат абсолютний, на 100 % негативний. І якщо випадок визнають попереджуваним, а між лікарською помилкою та загибеллю жінки буде встановлено причинно-наслідковий зв'язок, для лікаря(ів) це може мати вкрай неприємні наслідки. Йдеться, навіть, не про кримінальну відповідальність, бо лікарська помилка неосудна, а про адміністративні заходи — переведення на нижчу посаду, позбавлення кваліфікаційної категорії або ліцензії на певний вид діяльності, скерування на позачергову атестацію тощо. Проте найважче для лікаря — пережити докори сумління, моральні тортури під час розмов з родичами та публічного розбору випадку.

Хочемо звернути увагу, що не в усіх, навіть не у більшості випадків МС глибокий професійний аналіз виявляє такі лікарські помилки, які безпосередньо спричинили фатальний наслідок, тобто мали вирішальне значення. Проте немає жодного випадку МС, визнаного непопереджуваним, де б експерти не виявили певних помилок, хай і нефатального характеру. Таких, ніби малозначущих, помилок/недоліків/дефектів може назбиратися на один випадок десяток-півтора, і для лікарів, які брали участь у наданні допомоги, чути про них надзвичайно болюче. Вони так робили багато разів і впродовж багатьох років, це свідомий спосіб діяльності, але у тих численних випадках, на щастя, жінки не помирали, професійних розборів не було, все «сходило з рук». А тепер документацію перечитали майже під мікроскопом, побачили помилки, прилюдно звернули на них увагу. Здавалося б, подібного вже лікар не зробить ніколи, проте минає час, розбір і зауваження забуваються, а стереотип дій лишається. Це сумно визнавати, але так є, ми з цим стикалися часто, значно частіше, ніж мали б. Мимоволі згадаєш афоризм Конфуція «Справжня помилка та, яку не виправляють».

Чому, власне, лікарська помилка неосудна? Тому що лікар ніколи не має злого наміру завдати своєму пацієнту шкоди,

тобто в його діях немає злочинного мотиву. Таке становище справедливо називається сумлінною оманою. Проте задаймося запитанням, а брак знань — це також сумлінна омана? Чи пробачним є незнання лікарем сучасних клінічних настанов, стандартів, протоколів? Не дивуйтеся, шановний читачу, але певної відповіді немає. Немає тому, що у теперішній час настанови, стандарти, протоколи змінюються настільки часто (може й двічі-тричі впродовж року), що дорікнути практичному лікареві за незнання якихось із них просто «язик не повертається». Ще суттєвішим є існування розбіжностей, інколи цілком конкретних, принципових між різними міжнародними та національними гайдлайнами, між документами найвищого рівня. І тут ми безпосередньо підійшли до констатації неприпустимої, але вже майже 5 років як реальної відсутності національної нормативної бази надання акушерської допомоги в Україні! Даруйте, колеги, а що ж ми вимагаємо від лікаря, якщо нормативів немає? Як ми взагалі можемо констатувати помилковість лікарських дій, якщо не прописано й на вищому адміністративному рівні не затверджено документ, яким лікар мав керуватися? Чим обґрунтовується твердження про наявність помилки? Лікар робив так, як вважав правильним. Вважав, думав, припускав… Він — лікар, має диплом. Виявилося, що скасувати одним наказом застарілу нормативну базу значно легше, ніж створити нову. А про те, що взагалі неприпустимо позбавляти службу нормативної бази, ніхто не подумав. Сумно, але факт.

Багаторічний досвід участі авторів статті в експертизі випадків МС дозволяє узагальнити типові помилки, що їх припускаються лікарі на амбулаторному й стаціонарному етапі надання допомоги. Оскільки екстрагенітальні захворювання є стабільним незаперечним «лідером» серед причин МС у нашій країні, наведемо основні лікарські помилки саме у цих випадках.

На амбулаторному етапі:

- недостатнє та/або невчасне обстеження;
- відсутність документальних відомостей щодо попередньої історії хвороби жінки;
- неуважне, занадто «легке» ставлення до проявів гострого респіраторного захворювання, запізніла ідентифікація вірусного збудника, непризначення етіотропної терапії, запізніла діагностика ускладнень і некваліфіковане призначення антибіотиків;
- пізнє скерування на консультацію до профільного спеціаліста чи профільного спеціалізованого закладу;
- некваліфіковані дії лікарів швидкої допомоги;
- транспортування у неналежних умовах, без надання екстреної допомоги;
- помилковий вибір профілю стаціонару;
- порушення принципів регіоналізації акушерської допомоги.

Кожна з вище перелічених причин заслуговує на увагу й докладне обговорення, проте в рамках журнальної статті зупинимося лише на кількох досить простих моментах. Механізм *наступності надання медичної допомоги* конкретній жінці був передбачений нормативними документами МОЗ (поки вони існували) і полягав, зокрема, у наявності в Індивідуальній карті вагітної витягу з її попередньої медичної документації. Якби такий документ справді був доступним лікареві, котрий спостерігає вагітну, він багато чого дізнався б про її хронічні хвороби, перенесені гострі захворювання, про оперативне та медикаментозне лікування, що проводилося раніше, про алергічні реакції на ліки, інші особливості здоров'я пацієнтки. Але це все «якби»! У жодному випадку материнської смерті, в тому числі тяжких хронічних хворих, такого витягу в медичній документації не було.

Хибний вибір профілю стаціонару, куди скеровують вагітну з екстрагенітальним захворюванням, це досить болюче питання. У багатьох випадках цей хибний вибір відіграв вирішальну роль у фатальному закінченні випадку. Здавалося б, досить просто поставити собі запитання: від чого страждає жінка, що загрожує її здоров'ю чи, навіть, життю? Відповідь дозволить визначити, де саме їй мають надати спеціалізовану допомогу: якщо це гострий вірусний гепатит, хвора має перебувати в інфекційному відділенні, пневмонія — у пульмонологічному, порушення серцевого ритму — в кардіології, а якщо в неї набряк легенів, спричинений мітральним стенозом, її слід госпіталізувати до кардіохірургічної клініки. В нас дотепер усе не так. Ще до 22 тижнів може обговорюватися питання щодо госпіталізації за профілем захворювання вагітної, та й навіть у цьому терміні її часто-густо скеровують до гінекологічного відділення. А пізніше й поготів… Уже давно існує нагальна потреба нормативно закріпити таке положення: за необхідності планової чи екстреної госпіталізації, незалежно від терміну вагітності, жінку скеровують до такого стаціонару, де їй можуть надати необхідну допомогу в повному обсязі. Сьогодні ж скерування вагітної з гострим ілеофеморальним тромбозом або ішемічним інсультом до відділення патології вагітних навряд чи справедливо вважати лікарською помилкою, хоча за суттю — це є принципова, дуже суттєва помилка з тяжкими наслідками для пацієнтки, проте вона вимушена.

Гостро постає питання *некваліфікованих дій лікарів швидкої* чи невідкладної допомоги. У більшості випадків будь-яке страждання вагітної вони пояснюють фактом вагітності, а відмову у наданні екстреної медикаментозної допомоги обґрунтовують потенційним ризиком для плода. От і виходить, що за гострого життєзагрозливого порушення серцевого ритму вагітну транспортують до пологового будинку з діагнозом «токсикоз», не вводячи жодного лікарського засобу. Описане — не вигадка авторів, це реальна клінічна ситуація, що свого часу розглядалася на клініко-експертній комісії з материнської смертності. Ненадання екстреної допомоги з міркувань безпеки плода під час транспортування до стаціонару, на жаль, траплялося неодноразово. Загалом, тут без системної копіткої роботи ситуацію на краще не змінити.

Типові помилки та недоліки надання допомоги **в стаціонарі** такі:

- надмірна лікарська агресивність (невиправдані переривання вагітності у пізньому терміні та дострокові розродження, переважно абдомінальний шлях їх здійснення);
- алогічна акушерська тактика, що суперечить міжнародним настановам;
- неадекватна антибактеріальна терапія;
- пізня діагностика гострої хірургічної патології, вичікувальна хірургічна тактика, запізніле хірургічне втручання;
- залучення до консультацій вагітних профільних спеціалістів недостатньої кваліфікації та/або з недостатнім досвідом;
- неадекватна, часто зайва тромбопрофілактика, що не відповідає сучасним міжнародним рекомендаціям;
- поліпрагмазія та поліфармація.

В стаціонарі лікарські помилки наочніші, гостріші, так би мовити, рельєфніші. *Два перші пункти* наведеного переліку, можна стверджувати, найпринциповіші. Лікарі не можуть погодитися (чи, навіть, змиритися) з тим, що припинення вагітності не виліковує екстрагенітальну патологію, особливо її загострення, декомпенсацію,

прогресування. Тому нерідко намагаються активний туберкульоз, гострий вірусний гепатит, декомпенсований кетоацидоз, загострення тромбоцитопенії тощо лікувати перериванням вагітності. Щоправда, іноді виникає стійке враження, що таким чином вони намагаються не допомогти хворій, а вирішити власні проблеми (за принципом «нема вагітності — проблема не моя»), але наслідки у будь-якому разі бувають дуже сумними. Кожен з перелічених вище станів слід розцінювати як показання до відповідної високоспеціалізованої медичної допомоги і, водночас, як відносне протипоказання до переривання вагітності. Такі самі сумні наслідки, причому ще швидші, настають після спроб лікувати набряк легенів, тромбоемболію легеневої артерії, пароксизм фібриляції шлуночків, епілептичний напад (можливо, прийнятий за еклампсію) або симпато-адреналовий криз екстреним кесаревим розтином! Оце абсолютно принципові, доленосні помилки! Сподіваємося, читач розуміє, що ці приклади також узято нами з реальних історій пологів і патологоанатомічних протоколів, а їх перелік ми могли б продовжити.

Неадекватній антибактеріальній терапії варто було б приділити окрему статтю. Це величезна проблема не тільки в акушерстві, а й узагалі в клінічній медицині. Перелічимо найтиповіші помилки, що їх припускаються лікарі пологових будинків: призначення курсу антибіотиків у тих випадках, коли рекомендовано одно- чи двократне превентивне введення; використання парентерального шляху введення в ситуаціях, коли він не має переваг порівняно з пероральним; нехтування умовами інфікування (вдома чи в стаціонарі) при обранні препарату для емпіричної терапії; недостатнє врахування морбідного фону (наявність і тяжкість екстрагенітальної патології, імуносупресивний стан), дотримання ескалаційного принципу замість адекватнішого в сучасних умовах деескалаційного; неадекватна тривалість терапії; невиправдана заміна одного препарату, що ефективно діє, на інший. Ми вже не говоримо про величезний внесок, який роблять лікарі наших пологових стаціонарів у продукування та розповсюдження антибіотикорезистентності патогенної флори. Цей внесок ніби непомітний, він не торкається безпосередньо лікаря тут і зараз, але ж совість, відповідальність, громадянськість, врешті-решт, мають існувати! Чи це вже анахронізми?

Якщо років 15 тому розповсюдженою помилкою було непризначення *тромбопрофілактики,* тепер значно частіше має місце неадекватна профілактика. Лікарі не користуються сучасними системами оцінки тромборизиків в акушерстві, призначають низькомолекулярні гепарини, з одного боку, занадто часто, тим вагітним і породіллям, кому вони не показані, з іншого, — у невідповідних дозах і коротшим, ніж рекомендовано, курсом. Оскільки інформації щодо сучасних принципів тромбопрофілактики в акушерстві більш ніж достатньо, виправдати такі лікарські помилки неможливо.

В контексті аналізу помилок, що мають значення у випадках материнських втрат, *поліфармація та поліпрагмазія* ніби не заслуговують на особливу увагу. Проте ці безумовно шкідливі явища набули в нас такого масштабу, що проігнорувати їх просто неможливо, навіть якщо безпосередньо від зайвих медикаментозних призначень і зайвих акушерських втручань матері не помирають. Ці прояви акушерської агресії багато разів публічно засуджувалися, вони типові й повторювані, про них знають усі, вони є джерелом численних непорозумінь, і навіть скарг пацієнток, але викорінити їх не вдається. Немає тенденції до зменшення масштабу цього явища, можемо лише констатувати і засмучуватися.

Перинатальна смертність і перинатальна захворюваність

Другим за тяжкістю негативним наслідком в акушерстві є перинатальна втрата. Лікарі її сприймають якось легше, ніж материнську, але спілкування із жінкою, що втратила дитину, яку відчувала під серцем, яку тривало очікувала, для якої вже обрала ім'я, є вкрай важким. Таке спілкування вкорочує життя лікарю, змушує сто разів замислитися, чи не полишити цю справу! Заради справедливості слід сказати, що провини акушерів у випадках перинатальних втрат насправді значно менше, ніж вважають жінки та їхні родичі, а також начмеди і головні лікарі (по-новому, директори), взагалі начальники. І менше, ніж у випадках материнських смертей. На жаль, дотепер не є поодинокими випадки, коли медичні начальники — керівники закладів акушерської та перинатальної допомоги — навіть не чули про рекомендовану ВООЗ методику аналізу перинатальної смертності та її складових Matrix Babies, що досить чітко визначає межі потенціальних можливостей акушерів-гінекологів щодо впливу на перинатальну смертність. Відповідно, ця методика дозволяє умовно визначити межі їхніх потенційних помилок і відповідальності.

За концепцією Matrix Babies, реально можливості акушерів обмежені випадками анте- та інтранатальної смерті за умови маси плодів ≥ 1500 г. Якщо ж перинатальна смерть стається з плодом чи новонародженим масою 500—1499 г, вона зумовлена серйозними проблемами здоров'я жінок і матерів, а постнатальна смерть малюка масою ≥ 1500 г переважно пов'язана з якістю надання медичної допомоги новонародженим, тобто неонатальної допомоги.

Традиційно акушер-гінеколог вважається *a priori* винним в інтранатальній загибелі плода, а також у родовій травмі дитини. Хоча це не завжди справедливо, але саме у таких випадках найчастіше вбачаються **акушерські помилки**. Характеристика останніх не надто різноманітна, зазвичай їх описують як «не перейшли (варіанти — вчасно не перейшли, запізно перейшли) на кесарів розтин», «не застосували (вчасно не застосували) вакуум-екстракцію», «не діагностували (вчасно не діагностували) дистрес плода». Основною ж помилкою акушера-гінеколога у разі антенатальної загибелі плода масою ≥ 1500 г вважається хибне обрання часу розродження. Це може бути справедливим у випадках тривалого порушення стану плода, проте кожному з читачів відомі (і, мабуть, надовго запам'яталися) випадки раптової антенатальної загибелі плода, стан якого не викликав жодного занепокоєння. Причина досить нерідко залишається незрозумілою й після патологоанатомічного дослідження, що констатує «антенатальну асфіксію».

Проте переважна більшість перинатально значущих лікарських помилок не мають фатальних наслідків. Більше того, вони дуже часто непомітні, але це жодним чином не змінює їх помилковості і не виправдовує лікаря. Наведемо приклади подібних помилок.

Період від 15-го до 56-го дня від моменту запліднення є небезпечним щодо виникнення різноманітних анатомічних вроджених вад, і акушери-гінекологи це добре знають. Також відомо, що певним лікарським засобам притаманна тератогенність, причому перелік їх увесь час збільшується. Саме в ембріональний період такі ліки ка-

тегорично заборонені до застосування, а жодні клінічні доводи не виправдовують лікаря, оскільки потенційний ризик є неприпустимо високим, таким, що ставить під реальну загрозу мету виношування вагітності. Проте ці засоби є високоефективними, вони дозволяють зберегти вагітність, подолати невпинну блювоту, попередити артеріальний тромбоз, відвернути чи ліквідувати загострення/декомпенсацію тяжких хвороб, ще багато чого зробити корисного, особливо для авторитету лікаря [1–3]. На жаль, факти застосування препаратів, що є доведеними тератогенами або обґрунтовано підозрюються в тератогенності, в нас не є поодинокими. Багато масла до вогню додають репродуктологи, для яких стратегічною метою є *Baby to home*, а мала би бути *Healthy baby to home*.

Сьогодні акушерам також добре відомі феномени трансплацентарного канцерогенезу, порушення гендерного диференціювання мозку, антенатального закриття артеріальної протоки, тяжких медикаментозних фетопатій, наслідки яких можуть проявлятися не в неонатальному і не в малюковому періоді постнатального розвитку, часто-густо навіть не у дитинстві. Лікарі не завжди сумлінно дбають про попередження цих тяжких, необоротних, іноді інвалідизуючих наслідків, свідомо або через незнання застосовують ліки, що можуть до них призводити.

Профілактика респіраторного дистрес-синдрому (РДС) за допомогою глюкокортикоїдів є дуже популярною серед українських лікарів. А було б добре, якби цей метод користувався не популярністю, а виправданим поважним ставленням. Якщо ми ввели вагітній регламентовану дозу глюкокортикоїду, а пологи не відбулися упродовж тижня, це означає, по-перше, що ми помилилися в діагнозі «загрозливі передчасні пологи», по-друге, що не принесли своїм втручанням жодної користі майбутній дитині. Якщо ми продовжуємо вважати, що жінка може народити найближчим часом, маємо повторювати введення глюкокортикоїдів, а двократне проведення профілактики РДС має доведений негативний перинатальний наслідок — зменшення маси новонароджених, у середньому, на 76 г [4], що для недоношеної дитини досить істотно. Певне відставання у масі спостерігається в таких дітей і пізніше. Із сумом констатуємо, що в нас досить часто профілактику РДС проводять за відсутності клінічних чи інструментальних проявів загрозливих передчасних пологів, просто тому, що «так вирішили».

Наведені вище приклади ілюструють зайву та шкідливу для дитини активність лікарів. Проте буває і навпаки. Не є новиною, що у разі передчасних пологів, особливо у терміні до 30 тижнів, внутрішньовенне введення за спеціальним регламентом сульфату магнію може дещо зменшити кількість випадків церебрального паралічу [5]. Цей досить простий і доступний метод дуже часто, на жаль, забувають акушери-гінекологи.

А як можна розцінити ситуацію, коли після перших пологів Rh-негативній жінці не ввели антиD-імуноглобулін? Породілля й не здогадається, що їй мали таку ін'єкцію зробити і не зробили, та й наслідків ніяких не помітить. До певного часу! Так що це, як не груба лікарська помилка?! Так само, як введення того ж імуноглобуліну після кесаревого розтину в стандартній дозі, а не в удвічі збільшеній. Чи є цьому виправдання? На наш погляд, ні. Не можна порушувати канони, їх треба знати й ніколи не забувати.

Обмежимося цими прикладами явних акушерських помилок із серйозними перинатальними наслідками і перейдемо до аналізу дефектів надання акушерської допомоги з іншої, ще неприємнішої сторони — кримінально-правової.

Дефекти акушерської допомоги: аналіз кримінальних проваджень

Останніми роками стрімко зростає кількість скарг пацієнтів та їхніх родичів до правоохоронних органів. У більшості з них ідеться про неналежне надання медичної допомоги, відтак зростає й число відкритих кримінальних проваджень щодо лікарів, бо згідно з Кримінальним процесуальним кодексом України, після подання громадянином заяви слідчий зобов'язаний внести відповідні відомості до Єдиного реєстру досудових розслідувань і розпочати досудове розслідування, а після його завершення або оголосити підозру про скоєння злочину, або закрити кримінальне провадження за відсутністю складу злочину. Тобто, після подання скарги пацієнтом чи його родичами відкриття кримінального провадження відбувається автоматично.

Тенденція до стрімкого збільшення кількості нових кримінальних проваджень щодо лікарів має місце від 2013 року. Це підтверджує статистика Генеральної прокуратури України. Подивіться на динаміку: за період 2014–2016 рр. щодо медичних працівників порушено 2319 нових кримінальних проваджень, а вже за січень–липень 2017 року відкрито більше нових кримінальних проваджень, ніж за весь 2014 рік! Лише за однією статтею 140 Кримінального кодексу («Невиконання чи неналежне виконання медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи несумлінного до них ставлення, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого») щодня відкривають, у середньому, 2 кримінальні провадження! Додайте публікації з негативним портретом лікарів у ЗМІ і цькування у соціальних мережах, і сміливо можна констатувати, що в Україні існує тенденція надмірного переслідування лікарів, що часто-густо руйнує їхню професійну кар'єру і, навіть, людську долю, а в сукупності з низьким рівнем заробітної плати і високими ризиками праці ставить під сумнів правильність колись прийнятого рішення про вибір професії і доцільність подальшої роботи в медицині.

Суттєво знизити кількість негативних публікацій про лікарів у ЗМІ дозволило б значне зменшення інформаційних приводів. Тому ми маємо ретельно аналізувати кожну скаргу і кожний несприятливий клінічний результат (навіть тоді, коли пацієнт не висував претензій), щоб зробити правильні висновки й усунути всі дефекти в подальшому. Якщо ж ідеться про такий розділ клінічної медицини, як акушерство, актуальність розгляду випадків, пов'язаних з неналежним наданням медичної допомоги, підтверджується не лише зростанням кількості скарг і позовних заяв, а й даними офіційної медичної статистики. А вона, на жаль, аж ніяк не свідчить на користь медичних працівників, бо такої трагічно високої цифри материнської смертності, як торік (21,75), у нас не було майже два десятиліття! Не тішать також показники перинатальних втрат. Сподіваємося, ви вже прочитали передне слово до цього номера «Жіночого лікаря», тож ознайомилися з деталями невтішної минулорічної статистики.

Аналіз даних Єдиного державного реєстру судових рішень за 2007–2019 рр., проведений Українською медичною спілкою, показав: серед лікарів, щодо яких відкривають кримінальні провадження, акушери-гінекологи є незаперечними «лідерами», становлячи майже половину — 48,2%! Для порівняння, хірургів серед

потенційних відповідачів 9,5 %, анестезіологів — 5,1 %, терапевтів, травматологів та середнього медичного персоналу — по 4,4 %, неонатологів, педіатрів — по 3 %. От які зловмисні акушери!

Близько 80 % кримінальних проваджень відкривають за вже згадуваною статтею 140 Кримінального кодексу «Невиконання чи неналежне виконання медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи несумлінного до них ставлення, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого». Частина друга цієї статті стосується неповнолітнього хворого і передбачає суворіші санкції для лікаря, який завдав постраждалому шкоди. Саме цю частину досить часто застосовують у так званих «акушерських справах», бо новонароджений, а в деяких випадках і мертвонароджений, за юридичними канонами, є неповнолітнім пацієнтом.

Справді шокуючим видається той факт, що в українських судах лікарів визнають винними у 89,5 % випадків! При цьому міра покарання, проголошена у вироках за статтею 140, має таку структуру: позбавлення волі — 47 % випадків, позбавлення права на професійну діяльність — 34 %, обмеження волі — 19 %. Зазначимо, що у Сполучених Штатах, країні з традиційно великою кількістю «лікарських справ» і дуже усталеною та майже взірцевою системою судочинства, звинувачувальних вироків щодо лікарів виноситься менше 10 %.

Не кожний несприятливий результат лікування свідчить про «медичну помилку». Як уже зазначалося, нині в Україні термін «медична/лікарська помилка» не має відповідного законодавчо закріпленого визначення. Дефініції цього поняття немає у жодному з нормативних актів чинного законодавства. «Медичні помилки», як і нещасні випадки в медицині, не караються законом. Тому при аналізі результатів судово-медичних експертиз у межах кримінальних проваджень і судових рішень щодо акушерів-гінекологів доречніше застосовувати термін «недолік» або «дефект» надання медичної допомоги, оскільки вони містять у собі елемент «протиправності», як неналежне, неякісне виконання тих чи інших дій або їх повне або часткове невиконання. Лише такі недоліки (дефекти) надання медичної допомоги, що пов'язані із суб'єктивними причинами (наприклад, недотримання вимог системи медичних стандартів і чинних нормативно-правових актів, непроведення чи неповне проведення необхідних обстежень за наявної можливості, погано/недбало виконана робота тощо), є карними протиправними діяннями/бездіяльністю лікаря, що у випадку завдання шкоди здоров'ю і/або життю пацієнта тягне за собою правову відповідальність. Карається не те, що лікар не зміг вилікувати пацієнта від хвороби, а те, що при наданні медичної допомоги він суттєвим чином відхилився від чинних норм системи стандартів, і це призвело до тяжких наслідків для здоров'я чи життя пацієнта.

В результаті аналізу судово-медичних експертиз у межах кримінальних проваджень і судових рішень, проведеного Українською медичною спілкою, виявлено основні «акушерські» дефекти медичної допомоги на амбулаторному етапі, під час пологів та інтенсивної терапії (таблиця). Варто зазначити, що приблизно у 60 % випадків недоліки надання допомоги одночасно виявлялися і на етапі діагностики, і в процесі лікування. Зазвичай, неякісна діагностика (невстановлення, пізнє встановлення правильного діагнозу або встановлення неправильного діагнозу) тягне за собою неналежне надання лікувальної допомоги, у тому числі, відсутність необхідного лікування.

Встановлено також, що серйозні дефекти, які, ймовірно, могли бути причиною летального наслідку, мали місце не лише на етапі невідкладної допомоги в стаціонарі, а й на етапі амбулаторного антенатального спостереження. До них належать: недостатнє і неповне лабораторно-інструментальне обстеження і недоліки консультативної допомоги при екстрагенітальній патології суміжними спеціалістами, запізніла діагностика ускладнень вагітності і відсутність дородової госпіталізації, неадекватна тактика ведення вагітної в допологовому періоді.

Ятрогенні ускладнення у відділенні реанімації та інтенсивної терапії були пов'язані з катетеризацією центральних вен, інтубацією трахеї, штучною вентиляцією легенів і неадекватною інфузійною терапією.

Слід зазначити, що кримінальна відповідальність медичного працівника настає за наявності таких умов:

- неналежні дії (або бездіяльність) з порушенням норм чинних нормативно-правових актів при здійсненні професійних обов'язків;
- настання тяжких наслідків для пацієнта (інвалідність, каліцтво, смерть);
- наявність прямого причинно-наслідкового зв'язку між діями медичного працівника і негативними наслідками для здоров'я і життя пацієнта.

Аби проілюструвати ці позиції, презентуємо кілька завершених випадків із вітчизняної судової практики, взятих нами з Єдиного державного реєстру судових рішень.

Випадок 1. Пацієнтка звернулася для проведення артифіційного аборту. Під час утручання виникли ускладнення — перфорація стінки матки, пошкодження сечового міхура, кишечнику, судинного пучка. Спроба лікарів ліквідувати їх за допомогою лапароскопічного втручання виявилася невдалою, операцію розширено до лапаротомної неповної гістеректомії. Пацієнтка звернулася до поліції зі скаргою на неналежні дії лікаря, що призвели до каліцтва і позбавлення її репродуктивної функції. У висновку комісійної судово-медичної експертизи (КСМЕ) зазначено, що лікарем не було порушено вимог клінічних протоколів. Суд вирішив, що стороною обвинувачення не доведено недбале ставлення лікаря до своїх професійних обов'язків під час проведення аборту, а також не доведено наявності у діях лікаря недбалого ставлення конкретно до потерпілої. Суд узяв до уваги висновок КСМЕ і прийняв рішення визнати лікаря не винним у вчиненні кримінального правопорушення, передбаченого ч. 1 ст. 140 Кримінального кодексу України, оскільки не було доведено вини і не було встановлено складу кримінального правопорушення. Також суд залишив без розгляду цивільний позов потерпілої про стягнення матеріального та морального відшкодування.

Випадок 2. До пологового відділення було госпіталізовано жінку, в якої діагностували латентну фазу першого періоду других термінових пологів. Після народження живої дитини самостійно відділилася плацента, і виділився послід, відразу після нього 600 мл крові зі згустками. Здійснено ручну ревізію стінок порожнини матки, розривів стінки матки виявлено не було. Проте кровотеча тривала, стан жінки погіршувався через значну крововтрату. Вжиті із запізненням оперативні втручання не мали ефекту, настала смерть, спричинена значною крововтратою, геморагічним шоком, синдромом ДВЗ.

Таблиця. **Дефекти медичної допомоги вагітним за результатами судово-медичних експертиз кримінальних проваджень і судових рішень***

Етап	Дефект
Амбулаторна допомога	• **Дефекти діагностики:** - пізнє виявлення прееклампсії внаслідок недооцінки клінічної симптоматики захворювання - недооцінка ступеня тяжкості прееклампсії - неякісне вивчення анамнезу, що спричинило несвоєчасне виявлення ЕГП і загострень хронічних захворювань • **Дефекти лікування:** - хибний вибір тактики ведення вагітності за ЕГП - неадекватне лікування прееклампсії, еклампсії • **Організаційні дефекти:** - відсутність регулярного спостереження вагітних - відсутність залучення суміжних фахівців і колегіальності при вирішенні питань щодо можливості продовження вагітності чи необхідності її переривання - недотримання наступності медичної допомоги між жіночою консультацією та акушерським стаціонаром
Допомога під час пологів	• **Дефекти діагностики:** - неповне обстеження (наприклад, невиконання УЗД, КТГ за наявності протокольних показань) - хибна оцінка результатів повного обстеження (наприклад, на КТГ не виявили ознак дистресу плода; при виконанні ручного обстеження не виявили розрив тіла матки тощо) - запізніла діагностика загрозливих станів (кровотеча, еклампсія, синдром ДВЗ, гострі ускладнення ЕГП) - недооцінка тяжкості стану пацієнтки при ЕГП, кровотечах і прееклампсії • **Дефекти лікування:** - хибна тактика ведення пологів - запізніле проведення екстреного абдомінального розродження - залишення чужорідних тіл в організмі пацієнтки після інвазивних втручань - методично або технічно неправильно здійснені лікувальні втручання (наприклад, технічні помилки при здійсненні вакуум-екстракції плода, накладанні акушерських щипців, прийомів при дистоції плічок чи тазовому передлежанні плода, відсутність проведення проб на сумісність перед гемотрансфузією тощо) - застосування грубих, травматичних прийомів - травма суміжних органів під час проведення кесаревого розтину - пологова травма новонародженого внаслідок неналежного застосування акушерських прийомів • **Дефекти, пов'язані з призначенням ліків:** - надмірне застосування утеротоніків - застосування засобів для стимуляції пологової діяльності без належних показань - передозування лікарських засобів - введення протипоказаних препаратів (особливо за наявності ЕГП) • **Організаційні дефекти:** - відсутність динамічного контролю за станом пацієнтки, яка потребує постійного спостереження - відсутність або суттєві недоліки спостереження за породіллею і новонародженим в післяпологовому (післяопераційному) періоді - недотримання правил наступності в лікуванні та спостереженні - порушення принципу регіоналізації акушерської допомоги (відсутність переводу до стаціонару вищого рівня) - відсутність цілодобового чергування анестезіолога - надання медичної допомоги без залучення суміжних спеціалістів - слабка оперативна техніка гістеректомії чергових лікарів
Допомога у відділенні реанімації та інтенсивної терапії	• **Дефекти діагностики:** - відсутність контролю: показників периферичної мікроциркуляції, сатурації кисню, центрального венозного тиску, добового діурезу, електролітів плазми, показників коагулограми - хибна інтерпретація результатів обстеження - неадекватна діагностика основного захворювання та його ускладнень — сепсису, тяжкого сепсису, септичного шоку, гострої дихальної недостатності, гострої ниркової недостатності, набряку легенів, ТЕЛА • **Дефекти лікування:** - неадекватне відновлення ОЦК, що тягне за собою низку помилок і ускладнень, пов'язаних з призначенням на фоні неусуненої гіповолемії кардіотоніків і вазопресорів, фуросеміду, антигіпертензивних, осмотично активних засобів, нестероїдних протизапальних препаратів - неадекватне відновлення прохідності верхніх дихальних шляхів, відсутність призначення кисню і проведення ШВЛ, пізнє переведення на ШВЛ, неправильний вибір режимів і параметрів ШВЛ і відсутність їх корекції при зміні клінічної ситуації - неадекватна допомога при кардіогенному шоку, що призводить до ускладнень, пов'язаних з призначенням на фоні артеріальної гіпотензії нітратів, антигіпертензивних препаратів, фуросеміду - недоліки при проведенні інвазивних анестезіологічних втручань, зокрема, дефекти при здійсненні інтубації, катетеризації (прокол підключичної вени і введення катетера до плевральної порожнини, установка епідурального катетера в кровоносну судину замість епідурального простору, вставлення інтубаційної трубки в стравохід тощо)

*Дані спеціального аналізу Української медичної спілки
ЕГП — екстрагенітальна патологія; УЗД — ультразвукове дослідження; КТГ — кардіотокографія; ДВЗ синдром — дисемінованого внутрішньосудинного згортання синдром; ТЕЛА — тромбоемболія легеневої артерії; ОЦК — об'єм циркулюючої крові; ШВЛ — штучна вентиляція легенів

Спираючись на висновки КСМЕ, суд указав, що лікар порушив вимоги клінічних протоколів «Акушерські кровотечі» і «Геморагічний шок», зокрема, не було діагностовано розрив матки, мала місце недооцінка об'єму крововтрати та загального стану породіллі, несвоєчасно викликали анестезіолога, завідувача відділення. Все це зумовило розвиток тяжкого геморагічного шоку з незворотними змінами в життєво важливих органах і призвело до неефективності занадто пізнього хірургічного втручання та смерті жінки. Суд першої інстанції постановив визнати винним лікаря у вчиненні злочину, передбаченого ч. 1 ст. 140 Кримінального кодексу України та призначити покарання у виді 2 років обмеження волі. Також суд частково задо-

вольнив два цивільні позови від матері та чоловіка померлої, а саме — стягнути на користь матері 70000 грн. компенсації завданої моральної шкоди і ще по 70000 грн. на користь двох малолітніх дітей.

Захисник лікаря оскаржив рішення суду першої інстанції в Апеляційному суді, який залишив без змін вирок суду першої інстанції. Захисником лікаря було подано касаційну скаргу до Верховного суду України. Колегія суддів ухвалила: вирок суду першої інстанції та ухвалу апеляційного суду залишити без зміни, а касаційну скаргу захисника лікаря залишити без задоволення. Постанова є остаточною і оскарженню не підлягає.

Випадок 3. До акушерського стаціонару госпіталізовано вагітну з крупним плодом у першому періоді перших пологів з активною пологовою діяльністю. За певний час стан жінки значно погіршився, пологова діяльність припинилася. Здійснено екстрений кесарів розтин, вилучено живий плід через повний розрив стінки матки, далі проведено екстирпацію матки. Смерть новонародженого зафіксовано через 40 хвилин після народження. Породілля померла через добу після пологів.

У висновку КСМЕ зазначено, що під час пологів не здійснювався адекватний регулярний контроль пологової діяльності, своєчасно не діагностовано наявність клінічно вузького таза, гіпертонус матки і бурхливу пологову діяльність, що в комплексі свідчило про загрозу розриву матки і становило абсолютне показання до кесаревого розтину. Розрив матки стався в результаті неналежного ведення пологів і не був діагностований вчасно. Його причиною стало надмірне розтягнення нижнього сегмента матки через відсутність можливості просування плода через невідповідність розмірів голівки плода розмірам таза матері. Продовження консервативного ведення пологів за наявності абсолютних показань до оперативного розродження призвело до розриву матки, масивної крововтрати з розвитком геморагічного шоку тяжкого ступеня, синдрому ДВЗ і перебуває у прямому причинно-наслідковому зв'язку зі смертю роділлі та новонародженої дитини.

Суд постановив визнати винним лікаря у вчиненні злочину передбаченого ст. 140 Кримінального кодексу України та призначити покарання у виді 3 років позбавлення волі.

Сумні підсумки і обережний оптимізм

Певно, ви звернули увагу, наскільки стандартні й до болю знайомі всі дефекти надання акушерської допомоги, наведені в таблиці у попередньому розділі статті, наскільки вони збігаються з тими, про які з року в рік ідеться у звичайних розборах «некримінальних» випадків. Навіть формулювання звичні для кожного більш-менш досвідченого акушера-гінеколога. Всі ці «недостатнє обстеження», «недооцінка», «запізніле втручання», «неадекватне відновлення» тощо чуті багато разів, але лишаються актуальними. Часи минають, помилки залишаються. Щоправда, до них додаються нові, сучасні, модні. Такі, як лікування аналізів, а не хвороби; контроль адекватності терапії на підставі лабораторних показників, на які ця терапія не впливає; призначення численних аналізів, від результатів яких не залежить ані діагноз, що встановлюється, ані лікування, що призначається, ані тактика ведення, що обирається. Отже, загальна кількість помилок в акушерстві зростає.

Чи є світло в кінці тунелю? А може варто запитання ставити інакше: чи є взагалі кінець у нашого тунелю? Попри, здавалося б, суцільний песимізм авторів, ми вбачаємо певні позитивні зміни, так би мовити, паростки надії. Відновлено розробку національної нормативної бази надання акушерсько-гінекологічної допомоги, створено групу експертів МОЗ з акушерства і гінекології, точаться розмови про запровадження у повному варіанті страхової медицини, НСЗУ підвищує оплату медичних послуг, суспільство отримало дуже жорсткі докази, що без медицини і медиків навіть вижити в сучасних умовах не вийде. Тож певні підстави для обережного оптимізму є. Чи зміцнюватиметься цей оптимізм, значною мірою залежить від кожного з нас.

Ми розпочали статтю латинською цитатою, відомою усім ще зі студентської лави, — *Errare humanum est*. Вона має явне виправдальне забарвлення, вона не може не подобатися, ми часто вголос чи подумки використовуємо її. Але закінчити статтю хотіли б іншою, не такою приємно-заспокійливою, але справедливою цитатою авторства Публілія Сіра «Повторена помилка стає провиною». Давайте не повторювати власних і чужих помилок.

Література

1. Ondansetron: small increased risk of oral clefts following use in the fi rst 12 weeks of pregnancy // Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. — Drug Safety Update volume 13, issue 6:January 2020:2.
2. Association of Maternal First-Trimester Ondansetron Use With Cardiac Malformations and Oral Clefts in Off spring / F. K. Huybrechts, S. Hernandez-Diaz, Loreen Straub [et al.] // JAMA. — 2018. — V. 320, № 23. — P. 2429–2437.
3. Koren G. Review paper Cardiac birth defects induced by maternal medications / G. Koren // Prenat. Cardio.: 2020; Online publish date: 2020/04/27; https://www.termedia.pl/Cardiac-birth-defectsinduced-by-maternal-medications,146,40507,1,1.html
4. Repeat doses of prenatal corticosteroids for women at risk of preterm birth for improving neonatal health outcomes / C. A. Crowther, C. J. McKinlay, P. Middleton [et al.] // Cochrane Database Systematic Reviews. — 2015. — Jul 5. — 162 p.
5. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus / L. W. Doyle, C. A. Crowther, P. Middleton [et al.] // Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD004661.

Надійшла: 03.03.2021

Відомості про авторів

В'ячеслав Володимирович Камінський, д. мед. н., проф., член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національного університету охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика, Заслужений лікар України, директор Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини, виконавчий директор ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України»

Володимир Ісаакович Медведь, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, керівник відділення внутрішньої патології вагітних Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», Заслужений лікар України

Адреса: 04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 8

e-mail: vladimirmedved@ukr.net

Лариса Володимирівна Мартиненко, виконавчий директор редакції журналу «Жіночий лікар», заступник голови ради ГС «Українська медична спілка»