О некоторых врачебных ошибках в практике врача-оториноларинголога

Д.м.н., проф. А.И. КРЮКОВ, д.м.н. Е.А. КИРАСИРОВА, к.м.н. Д.Г. ГОРБАН

Московский научно-практический центр оториноларингологии Департамента здравоохранения Москвы

About certain medical errors in the practical work of the otorhinolaryngolgist

A.I. KRYUKOV, E.A. KIRASIROVA, D.G. GORBAN

Research and Practical Centre of Otorhinolaryngology, Moscow Health Department

Проведен анализ наиболее распространенных врачебных ошибок, возникающих при оказании экстренной помощи и лечении больных с затруднением дыхания. Предлагая свои способы предотвращения врачебных ошибок в частных вопросах практической оториноларингологии, авторы рассчитывают, что их опыт поможет в выборе правильной лечебной тактики и послужит профессиональному росту молодых врачей.

Ключевые слова: врачебные ошибки, оториноларингология, затруднение дыхания.

The results of analysis of the most widespread medical errors made when providing emergency and routine medical aid to the subjects suffering respiratory distress are presented. The authors propose their own approaches to the prevention of such errors in the hope that this experience will be helpful for practicing otorhinolaryngologists in the choice of adequate treatment strategies and will promote professional advancement of young specialists.

Key words: medical errors, otorhinolaryngology, respiratory distress.

«Ошибки — неизбежные и печальные издержки лечебной работы, ошибки — это всегда плохо, и единственное оптимальное, что вытекает из трагедии врачебных ошибок, это то, что они по диалектике вещей учат и помогают тому, чтобы их не было. Они несут в существе своем науку о том, как не ошибаться. И виновен не тот врач, кто допустил ошибку, а тот, кто не свободен от трусости отстаивать ее».

И.А. Кассирский [1]

Врачебные ошибки встречаются в работе врачей всех специальностей. К сожалению, допускаются ошибки и в оториноларингологии. Сама по себе эта специальность уникальна: охватывает пациентов всех возрастов, обоих полов, сочетая в себе необходимость длительного «монотонного» консервативного лечения некоторых заболеваний с необходимостью немедленного реагирования на неотложную, экстренную ситуацию при кровотечении или затруднении дыхания. В некоторых ситуациях на принятие решения и его реализацию у ЛОР-врача имеется только несколько минут или даже секунд. Любой врач не свободен от профессиональных ошибок, в то же время из-за особенностей профессии они приобретают общественное значение [2].

Выделяют ошибки организационные, диагностические, лечебные, профилактические [3, 4]. Например, диагностической ошибкой является неправильная постановка диагноза из-за ошибочного распознавания болезни; тактической — ошибка при выборе объема операции, времени ее проведения, способе; технической — неправильное использование медицинской техники, применение несоответствующих медикаментов и диагностических средств. Иногда при лечении больного допускается несколько врачебных ошибок, которые могут быть объективными и субъективными. К объективным относится непостоянство отдельных доктрин или постулатов в медицине в результате динамического развития самой медицинской науки. В связи с этим неизбежно меняются взгляды на этиологию, патогенез, лечение заболеваний. Хотя объективные причины врачебных ошибок достаточно изучены, их не всегда можно предупредить. Среди субъективных причин врачебных ошибок наиболее многочисленную группу составляют те, которые обусловлены отсутствием у врача достаточного опыта, переоценкой лабораторных и инструментальных данных, предвзятым отношением к больному, особенностями психики врача [3]. Согласно данным литературы, на долю субъективных причин врачебных ошибок приходится 60—70% от их общего количества [5].

Рассматривая проблему врачебных ошибок, хотелось бы выделить некоторые из них, наиболее часто встречающиеся в практике врачей-оториноларингологов. К наиболее типичным врачебным ошибкам, которые случаются в

© Коллектив авторов, 2013

© Вестник оторинолар., 2013

e-mail: lorcentr@mtu-net.ru

переполненном приемном отделении, относятся: неправильная оценка состояния пациента, неверная или слишком поздняя диагностика, неверное выполнение или трактовка лабораторных анализов, неправильно назначенное медикаментозное лечение, отсутствие необходимого наблюдения за пациентом. В приемном отделении важную роль играет время, в течение которого больному будет оказана помощь, особенно пациенту, находящемуся в тяжелом или критическом состоянии. Пациент регистрируется, определяется неотложность его состояния, но очередность оказания помощи должна зависеть не от времени поступления пациента, а от тяжести травм или симптомов. Принятие неправильного решения о серьезности состояния пациента и о необходимости оказания ему немедленной медицинской помощи должно считаться врачебной халатностью, так как может вызвать дальнейшие осложнения или даже смерть пациента, так и не дождавшегося помощи. В некоторых случаях пациентам приходится часами ждать осмотра или обследования. Большие сроки ожидания могут усугубить страдания пациента, особенно если его состояние является критическим. Например, компенсация или субкомпенсация дыхания у больных со стенозом верхних дыхательных путей в течение очень короткого времени может смениться декомпенсацией и потребовать неотложных хирургических мероприятий (трахеостомия, коникотомия), выполнять которые лучше в условиях хорошо оборудованной операционной, особенно у больных с неблагоприятными конституционными особенностями.

Ошибки или недостатки при оказании медицинской помощи имеют место и в стационаре. По данным литературы, показатель расхождения между клиническим и патологоанатомическим диагнозами в стационарах для взрослых пациентов отличается в зависимости от региона и составляет 12—14% [6]. Ошибочным на этапе госпитализации и обследования является назначение пациенту с затруднением дыхания, обусловленным стенозом гортани или трахеи, дыхательных аналептиков, эуфиллина, которые очень быстро «истощают» больного, вызывая декомпенсацию дыхания. При этом декомпенсация дыхания обусловлена не прогрессированием стеноза гортани или трахеи, а увеличением частоты и силы сердечных сокращений и дыхательных движений. В результате в ряде случаев на проведение медикаментозного дестенозирования не остается времени, больного экстренно оперируют, хотя при правильном проведении полноценной медикаментозной коррекции состояния больного возможно предотвратить операцию или выполнить ее в более благоприятных условиях, отсроченно или в плановом порядке.

Ошибки в лечении значительно лучше изучены в хирургии, поскольку при хирургических вмешательствах они очевиднее. Примером объективной врачебной ошибки является продолжающая практиковаться многими врачами методика выполнения трахеостомии по Бьерку [7]. Эта методика предусматривает сохранение в открытом состоянии отверстия в трахее — «окна» за счет выкраивания П-образного лоскута из ее стенки, включающего не менее 2 трахеальных полуколец. Такая методика, по мнению автора, должна облегчать смену трахеостомической трубки, предупреждать асфиксию при ее выпадении, предотвращать введение трубки паратрахеально. Однако воспалительный процесс в области трахеостомы вызывает лизис лоскута, западение тканей в просвет трахеи, что приводит к возникновению стеноза на уровне трахеостомы, переводя больного в разряд хронических трахеоканюленосителей, и в последующем предполагает выполнение реконструктивной операции на гортани и трахее. В то же время избежать этой ошибки очень легко, для этого передняя стенка трахеи должна рассекаться линейным вертикальным разрезом на протяжении 2 трахеальных полуколец, с подшиванием кожи к трахее за межкольцевые промежутки (4 шва) вне зависимости от предполагаемой длительности ношения трахеостомы. Такой подход позволяет не только избежать перечисленных осложнений, но и в значительной степени облегчает уход за трахеостомой, трахеостомической трубкой, в том числе у больных с неблагоприятной конституцией (ожирение, короткая толстая шея), совершенно не осложняя деканюляцию [8, 9]. Данный пример демонстрирует, как происходит изменение взглядов на лечение определенного заболевания. Комплекс лечебных мероприятий, который еще совсем недавно считался наиболее рациональным, с позиций новейших достижений науки может быть квалифицирован как ошибочный.

В настоящее время особой популярностью среди анестезиологов и врачей других специальностей пользуется пункционно-дилатационная трахеостомия [10—13]. Привлекательность этой методики обусловлена относительной простотой и скоростью выполнения, бескровностью. Однако с недостатками этого хирургического вмешательства — поздними осложнениями в виде стеноза гортани или трахеи, сталкиваются преимущественно ЛОР-врачи, выполняя у больных, ранее перенесших пункционно-дилатационную трахеостомию, ретрахеостомию, в ряде случаев экстренно. Следует отметить, что число больных, подвергающихся реоперации при данном виде трахеостомии, неуклонно растет. В настоящее время в отечественной литературе практически нет данных об отдаленных результатах, частоте осложнений при этой методике трахеостомии. Сталкиваясь ежедневно (по роду деятельности) с проблемой лечения постреанимационных стенозов, считаем ошибочным широкое пропагандирование этой методики и применение ее у всех пациентов, находящихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии, без учета индивидуальных анатомо-конституциональных особенностей, а также недопустимым выполнение операции через перстнетрахеальную связку или между 1—2-м полукольцами трахеи. На наш взгляд, избежать осложнений пункционно-дилатационной трахеостомии возможно при строгом соблюдении показаний к операции, ее техники, сроках выполнения, динамическом наблюдении за пациентом.

Если в настоящее время вопрос о методике трахеостомии является дискутабельным, то бесспорной является необходимость проведения повторной трахеостомии при угрозе асфиксии. Ретрахеостомия под местной анестезией не только имеет некоторую драматическую окраску, но и сложна при техническом выполнении [8, 10]. Наиболее частой и опасной ошибкой является вскрытие трахеи в месте бывшей трахеостомы по рубцу. Кажущаяся простота операции, близость просвета трахеи обманчивы. Рассечение втянутого рубца в месте бывшей трахеостомы не приводит к вскрытию просвета трахеи. Передняя стенка трахеи может быть смещена рубцами, располагаться глубже за счет западения мягких тканей в ранее выполненное фенестральное окно, значительно приближаться к задней

стенке с сохранением миллиметровой щели. Выполнение реоперации в вынужденном положении больного под местной анестезией, в ряде случаев на фоне воспаления в мягких тканях шеи, при давлении на переднюю стенку трахеи приводит к еще большему ухудшению дыхания и асфиксии. В этих случаях наиболее рациональной является методика вскрытия трахеи выше места бывшей трахеостомы. Хорошим ориентиром служит перстневидный хрящ, особенно у больных, ранее перенесших операции на гортани и трахеи.

Говорить о медицинских ошибках неприятно, признавать их трудно, но крайне необходимо. Это связано с тем, что последствия ошибок в работе врача особенно серьезны: это и недееспособность, и инвалидность, и даже смерть. Практика показывает, что большинство врачебных ошибок связано с недостаточным уровнем знаний и небольшим опытом врача. Вместе с тем ошибки встречаются не только у начинающих, но и у опытных врачей [14—16].

Одной из причин смерти больных, которым успешно выполнена срочная трахеостомия/ретрахеостомия, как не парадоксально, является смерть от рефлекторной остановки дыхания. У больных со стенозом гортани или трахеи в зависимости от выраженности дыхательной недостаточности отмечается различная степень гипоксии и гиперкапнии. Восстановление свободного дыхания через трахеостому приводит к значительному падению уровня углекислоты в артериальной крови – гипокапнии, а избыточная концентрация кислорода вызывает гипероксию и денитрогенацию. Не вдаваясь в подробности патофизиологии механизма дыхания у больных со стенозом дыхательных путей, укажем только, что увеличение количества кислорода, растворенного в плазме крови, нарушает механизм регуляции дыхания, ослабляя стимуляцию хеморецепторов дыхательного центра, каротидного клубочка и дуги аорты. При этом может наступить остановка дыхания. Поэтому становится очевидным, что просвет трахеи при выполнении операции под местной анестезией после вскрытия трахеальной стенки должен разводиться постепенно, а при необходимости манипулирования в нем (санация, коагуляция) — прикрываться салфеткой. Спустя 6—10 дыхательных движений больного можно расширить просвет трахеи. По этой же причине ошибочным является подача чистого кислорода в трахеостому через катетер или маску. Вдыхание даже 50% кислорода может вызвать катастрофу. Хотя совершенно понятно естественное желание врачей, переживающих драматизм ситуации, связанной с удушьем, помочь пациенту любыми средствами, в том числе ингаляцией кислорода. В таких ситуациях полезно привлечение анестезиолога к оказанию помощи пациенту, проведение мониторирования и коррекции гемодинамических изменений, связанных с гипоксемией и гиперкапнией (гипертензия, тахикардия, аритмия), в том числе оценка сатурации, проведение пульсоксиметрии, капнометрии.

Среди причин врачебных ошибок следует также отметить отрицательное влияние неизбежно нарастающей специализации медицины, ограничивающей иногда медицинский кругозор, приводящий к отсутствию целостного восприятия больного и, как следствие, к отсутствию должной преемственности между различными медицинскими учреждениями, отделениями и даже врачами смежных специальностей. Подтверждением этому является различный подход у отоларингологов и реаниматологов к вопросу деканюляции больного. После окончания проведения искусственной вентиляции легких производится деканюляция, как правило, простым удалением трахеостомической или интубационной трубки без предварительного фиброоптического осмотра дыхательных путей. Имеющаяся трахеостома герметично заклеивается пластырем. При отсутствии визуального контроля постинтубационные или посттрахеостомические повреждения проявляются спустя несколько недель или месяцев, вызывают затруднение дыхания, требуют хирургического вмешательства. Мы считаем, что деканюляция больных, в том числе в отделениях реанимации, должна производиться оториноларингологом совместно с реаниматологом. При отсутствии ЛОР-врача деканюляция возможна после выполнения определенного диагностического и лечебного алгоритма: оценки результатов фиброэндоскопии, рентгенологических, функциональных исследований; устранения воспалительных изменений в гортани, трахеи, легких; решения вопроса о необходимости других хирургических вмешательств и сроках их выполнения. Ошибочным является одномоментное удаление трахеостомической трубки, особенно с большим наружным диаметром. Рекомендуем постепенное уменьшение диаметра трахеальной канюли с параллельным проведением комплекса противовоспалительных мероприятий. За сутки или двое до окончательного удаления трубки целесообразно закрывать ее пробкой, несколько утяжеляя дыхание больного, наблюдая за ним. Отсроченная деканюляция (2—5 сут) не только способствует концентрическому закрытию трахеостомы, но, самое важное, выявляет возможные препятствия для дыхания, позволяет изменить тактику в отношении больного. К сожалению, такой подход не всегда находит понимание у врачей. Нередко они руководствуются необходимостью сокращения длительности пребывания пациента в «дорогом» реанимационном отделении. Больного переводят в другие отделения (хирургия, травматология и т.д.), где иногда у персонала нет необходимых знаний, навыков, технических средств (отсосов) для ухода – реабилитации этих пациентов. Наиболее значимая ошибка, с нашей точки зрения, — отсутствие эндоскопического контроля за состоянием дыхательных путей у больного, находившегося на искусственной вентиляции легких и перенесшего трахеостомию. Считаем обязательным динамическое наблюдение оториноларингологом, фиброэндоскопический контроль за состоянием гортани, трахеи в сроки 1—3 мес после экстубации или деканюляции. Только так можно своевременно выявить и предотвратить развитие угрожающего жизни состояния — декомпенсации дыхания.

К сожалению, рассмотренными ситуациями не исчерпывается весь перечень возможных врачебных ошибок в оториноларингологии, он много больше [14, 17, 18].

Многообразие врачебных ошибок, их причин и условий возникновения привело к тому, что до настоящего времени нет единого понятия врачебной ошибки, что, естественно, затрудняет медико-юридическую оценку ошибочных действий медицинских работников [2].

Борьба с врачебными ошибками должна быть направлена на устранение их источников. Уменьшению числа ошибок способствует систематическое повышение квалификации врачей, особенно в процессе повседневной работы. Велико значение врачебных консилиумов, система-

тический анализ ошибок на врачебных клинико-анатомических конференциях. Каждый случай врачебной ошибки должен быть тщательно изучен и обсужден на врачебных конференциях. Считаем целесообразным страхование ответственности врачей. Это упростит процесс получения компенсации в случае врачебных ошибок и повысит уровень медицинского обслуживания. Безусловно, каждый врач должен оказывать помощь в объеме своей компетенции, руководствуясь принципом «не навреди». В то же время необходимо помнить, что при отступлении от законов медицины, при пренебрежении ими всегда следует ответственность в соответствии с законом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Кассирский И.А.* О врачевании. Проблемы и раздумья. М: Медицина 1970.
2. *Андреев А.А., Седова Н.Н.* Врачебные ошибки: социальные причины и медицинские последствия. В кн.: Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. Под ред. Б.Г. Юдина. М: Изд-во РАН 2003.
3. *Шмурун Р.И.* О логике врачебного мышления, построении диагноза и ошибках диагностики. Врач 1993; 11: 41—45.
4. *Шмурун Р.И.* Об ошибках поликлинической и клинической диагностики с точки зрения практического врача-патолого-анатома. Клин мед 1995; 5: 79—81.
5. *Дзизинский А.А.* Врачебные ошибки. Избранные лекции по терапии. Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та 1990; 81—90.
6. *Садчиков Д.В., Пригородов М.В., Иванов Р.В.* Особенности диагностики у реанимационных больных. Саратовский науч-мед журн 2011; 7: 2: 404—409.
7. *Перельман М.И.* Хирургия трахеи. М: Медицина 1972.
8. *Зенгер В.Г., Наседкин А.Н., Паршин В.Д.* Хирургия повреждений гортани и трахеи. М: Медкнига 2007.
9. Трахеостомия. Методика выполнения и тактика ведения больных. Методические рекомендации. М 2009.
10. *Паршин В.Д.* Трахеостомия. Показания, техника, осложнения и их лечение. М: ГЭОТАР-Медиа 2008.
11. *Кривонос В.В., Кичин В.В., Сунгуров В.А., Прокин Е.Г., Кандрашин А.Г., Федоров С.А., Безкоровайный П.Н.* Современный взгляд на проблему трахеостомии. Общая реаниматология 2012; 2: 53—60.
12. *Барбараш Л.С., Григорьев Е.В., Плотников Г.П., Хаес Б.Л., Херасков В.Ю.* Сравнительная оценка сроков проведения и способов трахеостомии у пациентов с полиорганной недостаточностью после кардиохирургических вмешательств. Общая реаниматология 2010; 1: 69—73.
13. *Ambesh S.P., Pandey C.K., Srivastava S., Agarwal A., Singh D.K.* Percutaneus tracheostomy with Single Dilatation Technique: A Prospective, Randomized Comparison of Ciaglia Blue Rhino Versus Griggs Dilating Forceps. Anaesth Analg 2002; 95: 1739—1745.
14. *Пальчун В.Т., Лучихин Л.А.* ЛОР-болезни учиться на чужих ошибках. М: Эксмо 2009.
15. *Эльштейн Н.В.* Современный взгляд на врачебные ошибки. Тер архив 2005; 8: 88—92.
16. *Пальчун В.Т.* Врачебные ошибки как причина перехода острого воспаления в хроническое. Вестн оториноларинг 2010; 2: 4—6.
17. *Карал-Оглы Р.Д., Карал Ю.Р.* О возможных ошибках в оториноларингологии. Одесса: Друк 2001.
18. *Шеврыгин Б.В., Корчев Б.Н., Демина Е.Н.* Врачебная тайна. Врачебные ошибки, опасности и осложнения в оториноларингологии и смежных специальностях. М: Янус-К 2000.