

6. Фісталь Н. Н. Обґрунтування декомпресивних операцій у обпечених: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд.мед.наук / Н.Н. Фісталь. – Донецьк, 2002. – 17с.
7. Ali Akbar Mohammadi A survey on 30 months electrical burns in Shiraz University of Medical Sciences Burn Hospital / Ali Akbar Mohammadi, Masoud Amini, Davood Mehrabani, Zohreh Kiani // Burns. – 34. – 2008. – P.111 – 113.
8. E. N. George Management of high voltage electrical injury in children / E. N. George, K. Schur, M. Muller, S. Mills, Tim La H. Brown // Burns. – 31. – 2005. – P. 439 – 444.
9. Electrical injury // Burns. – 33. – 2007. – P. 382– 386
10. Lui P. Electrical burns in children / Lui P., Tildsley J., Fritsche M., Kimble RM. // J. Burns & Surgical Wound Care. – 2003. – P. 8-11.
11. Tambuscio T. Deep burn of the hands: Early surgical treatment avoids the need for late revisions? / T. Tambuscio, V. Governa, G. Caputo, D. Barisoni. // Burns. – 32. – 2006. – P.1000-1004.

**Б.Т. БІЛИНСЬКИЙ**

### **ЛІКАРСЬКІ ПОМИЛКИ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ**

Стаття присвячена проблемі лікарських помилок в діагностиці та лікуванні раку грудної залози.

*Ключові слова: рак грудної залози, діагностика, лікування.*

*Статья посвящена проблеме врачебных ошибок в диагностике и лечении рака грудной железы.*

*Ключевые слова: рак грудной железы, диагностика, лечение*

*This article is devoted to the problem of medical errors in diagnosis and treatment of breast cancer.*

*Key words: breast cancer, diagnosis, treatment*

Проблема лікування раку грудної (молочної) залози є однією з найактуальніших в сучасній клінічній онкології. Це зумовлено, не тільки частотою виявлення РГЗ в Україні, як і в інших європейських країнах, але і особливостями прояву, діагностики і лікування раку цієї локалізації. Рак грудної залози відноситься до зовнішньої локалізації, яка доступна спостереженню і пальпації, тому є всі основи вважати, що РГЗ повинен діагностуватися в ранніх стадіях. На жаль так не є. За останнє п'ятиріччя рак грудної залози діагностували в Україні в цілому і у Львівській області зокрема далеко не в найоптимальніші строки, про що свідчать дані канцерреєстру [1].

Своєчасна діагностика оснований на самообстеженні жінок (щомісячному), лікарському контролі (щорічному), профілактичних мамографіях (після 35 років), ультразвуковому дослідженні (за показами) і на морфологічній верифікації діагнозу. Здавалось би, що все ясно, всі деталі опрацьовані і результати повинні

бути відповідно добрими. На жаль так не є, і в цій статті ми постараємось зупинитися на причинах, що перешкоджають своєчасній діагностиці і адекватному лікуванню РГЗ.

Важливим завданням медичної громадськості, як і інших представників інтелігенції (журналістів, вчителів, громадських та релігійних діячів) є виховання у загалу громадян відповідальності за своє здоров'я. Треба добитися ситуації, коли здоров'я вважається найціннішим капіталом, і піклування про його стан у кожної людини стане одним з основних обов'язків не тільки перед собою, але і перед суспільством. Це стосується і захворювання грудної залози. Кожна жінка повинна зробити самообстеження грудної залози своєю життєвою звичкою. Про правила проведення само обстеження написано багато санітарно-просвітніх матеріалів, воно описано в керівництвах і підручниках. Зацікавленим рекомендуємо звернутися до нашої брошури, виданої у Львові в 2002 р. на цю тему [2].

З пухлинами грудної залози зустрічаються медики на усіх рівнях – від ФАПу, сімейного лікаря, дільничного лікаря, лікаря дільничної районної поліклініки чи стаціонару до фахівців рівня обласних медичних установ і спеціалізованих онкологічних закладів. У всіх цих діючих осіб різний рівень досвіду, різна орієнтація на певні патологічні процеси, різні технічні можливості. Тим не менше усі вони на своєму місці повинні діяти за однією загальноприйнятою для даної країни і в даний час доктриною. Для цього крім підручників з різних медичних дисциплін, методичних листів і розпоряджень медичних директивних органів складаються так звані медичні стандарти, що є обов'язковими для практичної медицини на певний відрізок часу [3].

Помилки щодо правильної тактики при злоякісних пухлинах грудних залоз зустрічаються ще на долікарському етапі. Це недостатнє усвідомлення населенням власної відповідальності за стан свого здоров'я, це недостатні знання багатьох жінок про особливості свого організму і неувага до цього питання, це неправильне (за технікою і в часі) проведення само обстеження. Це, в кінці, свідоме небажання поступити згідно з рекомендаціями науки і найва віра в немедичні (так звані «нетрадиційні» методи діагностики). Вину за вищеназване повинні відчувати медицина як організація, що покликана сприяти санітарній освіті населення. Я можу поділитися спостереженням над хворою – досвідченим фармацевтом, у якої була діагностована пухлина грудної залози і за кордоном (в Швейцарії), була проведена не радикальна операція. Там же вона отримала «рекомендацію» - ні в якому випадку не погоджуватися на розширення операції чи проведення ад'ювантної терапії. В розмові з нами вона погодилася тільки на антиестрагенну терапію (тамоксифен). Ми вимушені спостерігати за розвитком хвороби у пацієнтки і були безсилі що-небудь зробити без її згоди. Звичайно, через декілька років вона померла від місцевого прогресування пухлини і метастазів. І це сталося з фармацевтом! А скільки простих жінок марно чекають, що «боляк» нарве і витече, як їх запевняють знахарі чи просто знайомі, скільки лікуються безуспішно неофіційними засобами? Усе це відноситься до галузі суспільної психології, до фобій перед об'єктивним діагнозом і як наслідок - до занедбання хвороби. Це одна сторона медалі. Ми ж хочемо говорити про лікарські помилки, тобто добросовісні

схиблення, які допускають медики в процесі діагностики чи виборі лікування. Випадків злочинної діяльності чи бездіяльності, що підпадають під кримінальний кодекс ми не розглядаємо. Питання помилок в медицині було актуальним в усі часи, воно розглядалося і вирішувалося в залежності від суспільно-історичних умов країни і від стану медичної науки і практики. Питання помилок в онкології особливо значуще, бо воно може мати дуже серйозні наслідки для хворого. Чому потрібно періодично повертатися до питання про лікарські помилки? Це зумовлено рядом факторів: захворюваність на рак росте і кількість пацієнтів, що піддається діагностиці щороку зростає, онкологія переозброюється, насичується технічними засобами. А це значить, що до традиційних помилок, викликаних незнанням, недостатньою увагою як помилками в фізикальному дослідженні хворих додаються техногенні помилки, які сприяють як гіпо-, так і гіпердіагностиці, про що необхідно говорити. В 2009р. в Україні зареєстровано 160797 нових випадків злоякісних захворювань. Така ситуація диктує необхідність функціонування чіткої системи онкологічної допомоги, важливу частину якої складає поліклінічна ланка. Реально потік хворих з онкологічною патологією зростає і з питанням первинної діагностики раку грудної залози зустрічаються усі лікарі, незалежно від спеціальності.

Онкологічні диспансери здійснюють організаційно-методичне керівництво і контроль за станом своєчасної діагностики злоякісних новоутворів (ЗН) в усіх лікувально-профілактичних закладах, а також вивчають причини пізньої діагностики. Для цього вони впроваджують в практику сучасні методи діагностики і слідкують за ефективністю лікувально-діагностичного процесу в усіх установах підвідомчої території.

Сучасний лікар притримується принципів античної медицини, яка твердила, що "qui bene diagnoscit – bene curat". Діагноз в онкології має свої особливості. Враховуючи серйозність прогнозу, цей діагноз покладає на лікаря велику моральну та юридичну відповідальність. В онкології здебільшого не спрацьовує принцип "medicus curat, natura sanat". Надія на саногенні властивості організму незначна і ефект залежить від своєчасного правильного діагнозу і адекватного лікування. Гіпердіагностика в онкології також може завдати хворому непоправимої психічної травми, яка може вести навіть до суїциду. Треба пам'ятати, що діагноз "рак" передбачає агресивні лікувальні дії - обширні операції з інвалідизацією, променеви і хіміотерапію з відповідним впливом на весь організм. Пухлина характерна тривалим періодом розвитку, що визначається роками і проходить різні стадії. Тому діагностика раку на певних рівнях має специфічні особливості, що стосуються як оцінки семіотики пухлини, так і методів її розпізнавання. За часом діагностики розрізняють надзвичайно ранню діагностику (пренатальне розпізнавання пухлини з допомогою, наприклад, хромосомного аналізу мутації BRCA-1 і BRCA-2), ранню діагностику (рак "in situ", процеси з мікроінвазією), при якій імовірність метастазування незначна, своєчасну діагностику (T1-T2, N0), несвоєчасну діагностику (усі стадії T при N1, N2, N3 та M1) (2).

При правильному формуванні діагнозу онколог зобов'язаний відобразити:

1. Локалізацію первинної пухлини і її поширення в межах органу.

2. Анатомічний тип пухлини (екзофітний, ендофітний, змішаний).
3. Морфологічний тип пухлини.
4. Стадію пухлини (за системою ТИМ).
5. Додаткові характеристики пухлини і пацієнта (гормональні рецептори, фактори росту і т.п.).

Сучасні методи дослідження значно розширили можливості діагностики і широко застосовуються, починаючи з поліклінічної ланки. Це фізикальні обстеження грудних залоз, мамографія, УЗД, морфологічне обстеження – цитологія, гістологія, імуногістохімія. Для кожного методу характерні різні ступені чутливості і специфічності, що необхідно враховувати при інтерпретації результатів досліджень. Кожен метод має свої граничні можливості і не врахування їх може стати джерелом хибних висновків, що ведуть до лікарської помилки. Найточніші методи діагностики пухлин, зокрема їх ранніх стадій, є морфологічне дослідження пухлинної тканини, отриманої шляхом біопсії. Морфологічна діагностика має не лише клінічне значення, але є також найважливішим юридичним документом, що виправдовує дії лікаря супроти хворого.

Наявність багатьох методів діагностики РГЗ вимагають певної систематизації, їх об'єктивної оцінки і визначення під поняттям "алгоритмів". Алгоритми прийняття правильних рішень створені в усіх областях медицини і зараз користуються надзвичайною популярністю. Впроваджуються вони і в онкології [8].

Діагностика ЗП складна, відповідальна і тому, на жаль, ніхто з діючих осіб діагностичного процесу не застрахований від помилки. Помилки можливі на усіх етапах проходження хворого через медичні структури - від ФАПУ і реєстратури поліклініки до кваліфікованого консилиуму в спеціалізованій установі.

Поліклінічний лікар стоїть на передньому фронті боротьби за ранній онкологічний діагноз і його перші контакти з хворим надзвичайно відповідальні. Лікарські діагностичні помилки в онкології як правило мають серйозні наслідки. Поняття "лікарська помилка" охоплює дії або бездіяння лікаря при виконанні своїх професійних обов'язків, які є наслідком добросовісної хибної акції і не має складу злочину або ознак проступку. Тим не менше лікарські помилки завдають значної шкоди нашим пацієнтам і в окремих випадках можуть бути фатальними як для хворого, так і для лікаря. Історія повна трагічних випадків, коли за ненавмисну шкоду, нанесену хворому, жорстоко розплачувався як пацієнт, так і лікар. В новітні часи видатні лікарі самі оприлюднювали свої помилки, щоб застерегти колег від подібних хибних дій (М.І.Пірогов).

Аналізуючи можливості помилки в діагностиці РГЗ в поліклініці доцільно розділяти їх на тактичні і технічні помилки, на діагностичні, лікувальні і організаційні. Усі ці помилки нерідко взаємопов'язані. Часом в процесі лікування хворого з приводу одного захворювання допускають декілька лікарських помилок. Великий матеріал для вивчення лікарських помилок на різних етапах проходження онкологічного хворого дає робота "Протиракових комісій", від чіткої роботи яких часто залежить ефективність онкологічної служби в регіоні.

До тактичних помилок відносять неправильний вибір методів дослідження для встановлення діагнозу, неправильну оцінку результатів дослідження, помилки у встановленні показів та протипоказів до певного методу лікування, помилки в організації лікувального процесу.

Прикладом технічних лікарських помилок може бути неправильне виконання діагностичних маніпуляцій, неправильне оформлення медичної документації. Наприклад, недостатній забір матеріалу для морфологічного дослідження веде до гіподіагностики раку. В цьому плані небезпечна переоцінка негативних цитологічних досліджень, що веде до самозаспокоєння лікаря і пацієнта, і втрачається дорогий час для адекватного лікування.

Причини лікарських помилок можуть бути об'єктивними і суб'єктивними. Помилкові результати складних дослідження (КТ, УЗД, ЯМР) можуть вести до помилкового діагнозу і тактики. З іншого боку суб'єктивні помилки можуть бути результатом недостатньої кваліфікації і досвіду лікаря. Ряд помилок зв'язаний з деонтологічно не оправданою поведінкою лікаря (хибне психологічне "щадіння" хворого і скерування його в неонкологічну установу). Одним з джерел лікарських помилок може бути надмірна спеціалізація, коли лікар поза "своєю" супутньою патологією не бачить грізного основного захворювання. В останній час необхідно говорити про "фетишизацію" інструментальних методів дослідження, в результаті чого діагностуються вроджені патологічні стани, а не хвороби (наприклад, клінічно "німі" кісти мозку, середостіння чи печінки), які не складають небезпеки для життя і здоров'я хворого, а небезпекою є надто активний лікар, який бажає усе в організмі приводити до абстрактної норми.

В поліклініці помилки найчастіше трапляються в зборі анамнезу (брак часу), при фізикальних дослідженнях (неуважність), при призначенні додаткових інструментальних і лабораторних досліджень і їх інтерпретації. Помилки в стаціонарах значно серйозніші, бо вони вже перетворюються з діагностичних в лікувальні з відповідними наслідками. Лікарські помилки повинні бути в центрі уваги лікарської громади в першу чергу для захисту інтересів наших пацієнтів, а також для підвищення кваліфікації лікарів. Основним мотивом обговорення помилок повинно бути не покарання, а навчання лікаря. Тому не можна ослабляти увагу до клінічних розборів хворих, клінічних конференцій і клініко-патологічних паралелей, що є невід'ємною частиною виховання сучасного високо-кваліфікованого лікаря.

Підсумовуючи сказане, стверджуємо, що основними причинами неправильної тактики при діагностиці і лікуванні злоякісних пухлин грудної залози є:

- 1). Незадовільна просвітницька робота серед населення, і, як результат, не раціональне виконання самообстеження, а також не звертання на щорічні огляди до лікаря.

- 2). Застосування не прийнятих в науковій медицині методів діагностики і лікуванні.

- 3). На рівні долікарських оглядів (ФАП) недостатня кваліфікація середнього медичного персоналу і його недостатня «онкологічна настороженість».

4). На рівні лікарського огляду – неухважність у збиранні анамнезу (особливо родинного і гінекологічного), нефаховість в обстеженні (огляді, пальпації), недостатня увага до стану регіонарних лімфатичних вузлів, недостатні знання про доброякісні і злоякісні проліферати в грудних залозах.

5). Обстеження хворих не в оптимальні дні овуляторного циклу (6-10 день після закінчення менструації).

6). Надто тривале «спостереження за хворою при підозрі на пухлину грудної залози».

7). Затягування із скеруванням хворої до спеціалізованої установи (онкодиспансеру).

8). На рівні спеціалізованої медицини основні помилки криються в порушенні прийнятого алгоритму – клінічне обстеження, мамографія, морфологічна верифікація процесу, студіювання за TNM, визначення гормональних рецепторів пухлини, планування адекватного лікування за участю основних фахівців: онкохірурга, клінічного онколога (хіміотерапевта), променевого терапевта.

9). Подальші помилки можуть походити з небажання дотримуватися «Мінімальних стандартів» і клінічних настанов компетентних онкологічних установ і форумів як національного так і міжнародного рівня.

*211/1*  
Erare humanum est - говорили стародавні римляни, наше завдання зменшити можливі помилки до мінімуму і попередити значну шкоду для хворих, викликану ними. Для цього потрібна постійна безперервна освіта медиків, знайомство з сучасною ситуацією з діагностики і лікування пухлин грудної залози в світі і критичне відношення до своїх знань, звичок і переконань, які періодично необхідно корегувати.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Національний інститут раку. Рак в Україні 2009-2010р. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюлетень національного канцер-реєстру України. №12 Київ-2011.
2. Білинський Б.Т., Шпарик Я.В., Ковальчук І.В. Що ви повинні знати про пухлини грудної залози. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2002. – 48с.
3. Адаптовані клінічні настанови європейського товариства медичної онкології та клінічні протоколи спеціалізованої допомоги хворим на злоякісні новоутворення. Інститут онкології Академії медичних наук України. – Київ, 2007. – С.98-112 .
4. Стандарти обстеження та лікування хворих на злоякісні новоутворення основних локалізацій. Головне управління охорони здоров'я м.Києва. Київська міська онкологічна лікарня. – Київ, 1998.
5. Шпарик Я.В. Рак грудної залози. Класифікація TNM, рекомендації ESMO, режим медикаментозної терапії. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2005. – 72с.



6. Онкологія. Підручник для студентів вищих медичних закладів освіти III-IV рівня акредитації / За ред. Б.Т.Білінського, Ю.М.Стернюка, Я.В.Шпарика.. – Київ: Здоров'я, 2007. – 528 с.
7. Боднар Г.В., Седаков І.Є., Шлопов В.Г. Первинно неоперабельний рак молочної залози. – Донецьк: «Каштан», 2005.– 348 с.
8. Справочник по онкологии» // Под ред. С..А.Шалимова, Ю.А.Гриневича, Д.В.Мясоедова. – Киев: «Здоровья», 2000. – 558 с.
9. Алгоритмы современной онкологии»/Под ред. И.Б.Щепотина, Г.В.Боднаря, В.Л.Ганула. – Киев: «Книга - плюс», 2006. – 304 с.
- 10.3. Давыдовский И.В., Пермяков Н.К., Авдеев М.И., «Врачебные ошибки». Б.М.Э. – М.: Изд. «Сов. энциклопедия», 1976. – Т.4. – С. 442-444.

А.Л. ВАСИЛЬЧУК

## ВПЛИВ ІНТЕГРАЦІЙ ОСНОВНИХ ЧАКР НА ІНФОРМАЦІЙНО-ЕНЕРГЕТИЧНІ ВЗАЄМОБМІНИ І РОЗВИТОК ЛЮДИНИ (Еніоанатомія основних чакр)

*Вперше у світі дається еніоанатомічна характеристика основних чакр*

*Ключові слова: голографічна інтеграція; рівні інтеграції; функціональна необхідність; структурна необхідність; всебічний, домінуючий і деструктивний розвиток; різноваріантність; багаторівневість; гармонійність.*

*Впервые в мире представлена эниоанатомическая характеристика основных чакр*

*Ключевые слова: голографическая интеграция; уровни интеграции; функциональная необходимость; структурная необходимость; всестороннее, доминирующее и деструктивное развитие; многовариантность; многоуровневость; гармоничность.*

*For the first time in the world enioanatomic characteristics of basic chakras is introduced.*

*Key words: holographic integration; levels of integration; functional need; structural need; all-round dominant and destructive development; diversity of variants; multilevelity; harmony.*

Продовження з випуску 43-62

Кожна основна чакра інформаційно-енергетично інтегрує органи і структури всіх тіл в цілісну біофізичну енергоінформаційну космічно-земну голограму, крім коричневої чакри, яка не має з'єднань з білим і золотим тонкоматеріальним тілом (ТМТ), і тому не може інформаційно-енергетично і структурно інтегрувати всі тіла. Основна чакра може здійснювати голографічну інформаційно-енергетичну інтеграцію тіл людини в червоному, оранжевому, жовтому, зеленому, блакитному, бірюзовому, синьому, бузковому, фіолетовому, рожевому, білому і золотому