УДК: 55.6

Борис БІЛИНСЬКИЙ

ПРОБЛЕМА МЕДИЧНИХ ПОМИЛОК

У статті розглядаються історичний, етично-моральний, юридичний і організаційний аспекти діяльності лікаря, і можливі помилки у процесі діагностики та лікування. Представлені причини лікарських помилок – гносеологічні, діагностичні, пов'язані з різними методами діагностики.

Ключові слова: медицина, онкологія, помилки.

Медичні помилки – одна з вічних тем в медицині. Мабуть, це вікова особливість клініцистів, що досягли певного віку і досвіду – звертатися до помилок в діагностиці пацієнтів, з якими стикалися протягом клінічної практики.

Академік Микола Амосов у відомій книжці «Думки і серце» (Київ «Дніпро» 1967) зітхав: «Помилки, помилки… Як навчитися лікувати без помилок?»

«Errare humanum est» – твердили стародавні римляни, вважаючи, що помилятися властиво людям. В наш час нерідко говоримо, що лише той не помиляється, хто нічого не робить. Виходить – помилки супроводжують нас все життя: це можуть бути помилки в особистому житті людини, у її громадській та політичній діяльності, у майнових і фінансових стосунках, у вихованні своїх дітей і учнів. В релігії багато помилок підносяться до рівня гріхів, які можуть бути різного ступеня важкості і заслуговують різної міри покарання. Важкими за наслідками можуть бути помилки будівничих, споруди яких розвалюються після завершення робіт. В стародавні і середні віки таких будівничих карали смертю. Важкими можуть бути помилки педагогів, які своєю неумілістю можуть калічити юні душі, відбиваючи їм охоту до навчання і змішуючи поняття добра і зла. Неприпустимими бувають судові, юридичні помилки, коли через незнання, чи неуважність судді може бути не тільки скалічене життя невинної людини, але і добре ім'я її може бути очорнене на тривалий період, від чого терпить не тільки невинно засуджений, але і його близькі.

Особливе місце серед помилок, що здійснюються людьми, займають лікарські помилки. Ще з давніх часів лікарський фах у свідомості народу був близький до служіння священиків. Адже лікар володів силою вибирати між життям і смертю пацієнта, між його здоров'ям і хворобою. Тому дії лікарів освячувалися, а самі медики піднімалися часом на рівень богів. Згадаймо Ескулапа (Асклепія), Гігією, нашу Євпросинію, Кузьму і Дем'яна. Та й в новіші часи авторитет Парацельса, Везаліуса, Кохера, Пирогова, а в недавно-минулий час Панчишина, Філатова, Амосова і інших був мабуть беззаперечний. У наш час, в який прогресуюча технізація медицини веде до все більшої автоматизації і знеособлення лікарської діяльності, остання все ж залишається мистецтвом мислення і дій, в якому залишається місце для аналізу і психологічної проникливості, що є наслідком тривалого і захоплюючого контакту з пацієнтами. Тільки глибоке пізнання хворого веде до застосування найбільше адекватних лікувальних засобів і застерігає нас від лікарських помилок.

У час поголовної грамотності населення, повсюдного панування засобів масової інформації над умами публіки, доступності фахової літератури і відомостей з медицини в інтернеті ситуація докорінно змінилася. На зміну патерналістичному відношенню між хворим і лікарем приходить партнерство, де хворий має право знати усе про свою хворобу, право вибирати лікаря і погоджуватися, чи ні на пропоновані ним методи діагностики і лікування (інформована згода пацієнта). В таких умовах збільшується відповідальність лікаря за свої дії – професійна, юридична і просто людська. Лікар сходить з Олімпу і повертається до популюсу. Добре це чи погано? З погляду демократії, принципів рівності – безумовно добре. З погляду ефективності лікування – не завжди. Ще в давнину говорили, що медик лікує словом, отрутою і ножем (віра в лікаря, психічний вплив лікаря на пацієнта, вкінці ефект «плацебо»; усі види терапії і хірургія). З низведенням лікаря до рівня постачальника «медичних послуг», перший аспект лікарської діяльності («слово») втрачається. Зі сторони «власть імущих», журналістів «іже з ними» нападки на лікарів приймають неймовірний вид. Згадаймо розправи над лікарями в середні віки (осліплення, відтинання рук, смерть на вогнищі), ще не стерті з пам'яті старшого покоління «справа кремлівських лікарів» – останнього терористичного акту Сталіна, до сучасних гонінь на трансплантологів, в результаті чого Україна в цій галузі опинилася в кінці довгої черги розвинутих і не дуже розвинутих країн, а наші можновладці і їх родичі успішно лікуються за кордоном на гроші своїх виборців. Все це не

сприяє спокійному «sine irra et studio» розгляду дії лікарів і не тільки лікарів в процесі спілкування з хворими на різні види пухлин. Як видно, є причини говорити про статус медицини і лікарів, їх можливості і обов'язки, допустимість і недопустимість лікарських помилок.

Що стосується лікарів і їх діяльності, то в першу чергу треба відрізняти поняття «лікарська помилка» і службовий злочин. Звернемося до юридичних джерел. Впливаючи на стан здоров'я і якість життя своїх пацієнтів, лікар несе величезну відповідальність перед ними і суспільством. Відповідальність може бути в сфері моралі або в сфері юриспруденції в залежності від мотивів і наслідків діяльності медика. Помилки лікаря часто привертають увагу громадськості. Особливо реагують окремі особи і суспільство загалом на усі неочікувані (за їх думкою) результати лікування, пов'язані з активним втручанням лікаря в перебіг патологічного процесу. Тому в юриспруденції вважають за доцільне розмежувати поняття «лікарська помилка» і «злочинна діяльність або бездіяльність медика під час виконання своїх професійних обов'язків». Лікарською помилкою слід вважати добросовісну оману лікаря в його професійній діяльності, що базується на недосконалості сучасного стану медичної науки та методів обстеження хворого, на об'єктивних зовнішніх умовах роботи лікаря, а також на недостатній його підготовці. Лікарські помилки перманентно піддаються аналізу на клінічних розборах в стаціонарах, конференціях, на патолого-клінічних паралелях. Мета такого аналізу звичайно вияснити причини хибних дій медиків з їх усуненням в майбутньому. Такий аналіз є незамінною школою підвищення кваліфікації для усіх лікарів – і молодих, і досвідчених. Цей момент є дуже важливим у вихованні кваліфікованого лікаря-спеціаліста, що здатен критично оцінювати свої дії. Особливо це стосується онкології.

Звернемося до психологічних аспектів проблеми. Онкологія займає особливе місце серед медичних дисциплін. В розумінні багатьох пересічних людей саме слово «рак» рівноцінне з вироком. Довкруги поняття «злоякісні пухлини» кружляє маса забобонів та неоправданих страхів і надій.

У той же час в онкології діють усі основоположні принципи спільні для всієї медицини – це стосується і діагностики, і вибору методу лікування, і деонтологічних моментів. Принцип «qui bene diagnoscit – bene curat» (хто добре діагнозує – добре лікує) – правильний в усіх галузях медицини, в онкології приймає особливе значення. Дійсно, багато онкологічних захворювань можуть бути вилікуваними лише при умові дійсно раннього і правильного діагнозу. Гіподіагностика веде до

запізнілого розпізнавання хвороби. Гіпердіагностика – до психічного шоку і пізніших комплексів.

Деякі акценти щодо фахових аспектів проблеми. Особливості злоякісного росту такі, що якщо діагноз не буде поставлено і призначене адекватне лікування в першій стадії, то хвороба обов'язково прогресуватиме і дасть про себе знати в другій, третій, чи навіть четвертій стадії. Суть злоякісного росту такий, що принцип «medicus curat – natura sanat» (лікар – лікує, природа – оздоровлює) до онкологічних захворювань стосується в якнайменшій мірі. Проблема спонтанного вилікування від раку періодично дискутується у фаховій літературі, але треба погодитися з твердженням Н.Н.Петрова, який говорив, що якщо самовилікування від раку зустрічається, то це буває настільки рідко, що його практично не слід брати до уваги. Треба признати, що хворі, які тривалий час живуть після встановлення діагнозу раку, живуть завдяки правильній дії лікарів – своєчасній діагностиці і адекватному лікуванню. Треба мати на увазі і деякі особливості діагнозу в онкології. Перш за все, це проблема деонтології. Наше суспільство ще знаходиться під пресією думки, що діагноз раку, якщо не фатальний, то прогностично вкрай несприятливий. В даному місці не варто вдаватися у дискусію щодо правильності такої думки, в кожному разі з нею треба рахуватися. Сам діагноз раку залишає у хворого глибокий психологічний слід. Діагноз раку мусить бути точним, зваженим і не допускати гіпердіагностики. Справа в тому, що діагноз «рак» вимагає адекватного (доволі агресивного) лікування – хірургії в значному об'ємі, що нерідко інвалідизує пацієнта, променевої терапії і хіміотерапії, які мають значний негативний вплив на загальний стан організму (імунодепресія, вплив на гемопоетичну систему і ряд внутрішніх органів). Значить з точки зору інтересів хворого ні гіпо-, ні гіпердіагностика раку є недопустимими. Тому важливо говорити про можливі помилки в діагностиці і лікуванні раку. Такі помилки завжди небажані і їх негативний вплив на прогноз і наступну долю пацієнта в онкології переважають аналогічні явища в інших галузях медицини. Розвиток науки і медичних технологій значно розширив можливості онкології й рівночасно розширив сферу можливих лікарських помилок. Маємо на увазі широке застосування ендоскопічної техніки, новітніх методів променевої діагностики, застосування імунологічних методів, удосконалення морфологічних досліджень і т.п. Діагностика стає можливою на доклінічному етапі, актуальною стає діагностика генетичних дефектів і предиспозицій. На порядок денний стає перегляд самих філософсько-біологічних понять «хвороба», «захворювання»,

«патологічний процес». Все частіше виявляємо «інцидентоми» випадкові аномальні знахідки, що клінічно проявляються і тому, не відносяться до «патології». Все сказане піднімає питання лікарських помилок і необхідність їх вивчення на новому щаблі значимості й відповідальності. Відомий вислів, що лікар, який не визнає своїх помилок, приречений на їх повторення – завжди актуальний. Лікарська практика, діагностика, призначення і проведення лікування, визначення прогнозу – все це нагадує вирішення математичної задачі з багатьма невідомими. Клінічний досвід лікаря – це шлях проб і помилок, і більше за все він нагадує науковий пошук. Мабуть, така логічна близькість медичної практики і наукових досліджень привела до загальновживаного звертання до лікаря словом «доктор», тобто означенням наукового ступеня. Немає двох однакових людей, немає двох однакових пацієнтів. Тому процес діагностики підкорений закономірностям логіки. Розмову про лікарські помилки в онкології ми ведемо в умовах, коли в Україні зберігається стійка тенденція до зростання захворюваності злоякісними новоутвореннями і смертності від них. У даний час щороку в Україні реєструється близько 200 тисяч нових випадків злоякісних захворювань, а контингент онкологічних хворих сягає 1 млн. осіб. 15% усіх випадків смерті і 25% інвалідності спричиняються раком. У структурі захворюваності найбільшу питому вагу мають пухлини легень, шкіри, шлунка, грудної залози, прямої кишки, жіночих геніталій, лімфатичної та кровотворної тканин. У дітей на першому місці (40%) стоять гемобластози (лейкоз, лімфоми), близько 20% складають пухлини головного мозку і нервової системи, за ними йдуть пухлини сечостатевих органів, кісток, м'яких тканин. До 40% онкологічних хворих лікуються в загально лікарняній мережі, де відсутні необхідні умови комплексного і комбінованого лікування, яке може забезпечити стійке вилікування хворого. Нерідко призначення плану лікування онкологічних хворих в непрофільних стаціонарах проводиться без залучення онкологів, порушуються встановлені правила переведення онкологічних хворих з непрофільних стаціонарів в онкологічні заклади для подальшого комбінованого чи комплексного лікування, що нерідко призводить до погіршення результатів лікування. Лікарські помилки залежать від особливості випадку, як рівно від особистості лікаря, його досвіду, моральних якостей. Мають свої особливості помилки, допущені на амбулаторному огляді та в стаціонарах; якість і наслідки помилок залежать і від рівня оснащеності медичного закладу, і від ступеня застосування всіх можливих засобів і методів діагностики та лікування.

Рівень можливості діагностики і лікування суттєво відрізняється на різних етапах надання медичної допомоги. Можливості медика з середньою медичною освітою, що працює на ФАПі (фельдшер, акушерка), чи сімейного або дільничного лікаря, що діє в умовах амбулаторного обстеження не можна порівняти з лікарем обласної установи чи спеціалізованого онкологічного центру. Тому вимоги до медиків різного рівня неоднакові, і оцінка їх помилкових дій відрізняється. В той же час організаційні можливості працівників первинної ланки значно ширші, ніж лікарів спеціалізованих стаціонарів. Перші мають значно ширший контакт з населенням, вони можуть ефективніше впливати на результативність профілактичних заходів і медичних оглядів здорового контингенту. Основне завдання первинної ланки щодо діагностики пухлин – запідозрити передраковий або пухлинний процес і правильно скерувати пацієнта до відповідного спеціаліста. Зрозуміло, що всяка спроба самостійного уточнення діагнозу, спостереження за пацієнтом чи, тим більше, спроби його лікувати – недопустимі. Це важка і, нажаль, нерідка медична помилка. Сімейні лікарі й спеціалісти районної ланки також не повинні старатися самостійно уточнювати діагноз і робити спроби лікування при підозрі на онкологічний процес. Їх завдання провести диференційну діагностику доступними їм методами і, коли захворювання не є беззаперечно не онкологічним, що підлягає лікуванню на їх рівні, а залишається найменша підозра на пухлинний процес – скерувати у відповідний онкологічний центр. Дії спеціалістів-онкологів також можуть виявитися хибними. Ці помилки відрізняються від попередніх за характером і наслідками. Відрізняються можливі помилки в діагностиці пухлин шкіри, грудної залози, травного тракту чи грудної порожнини. Вони виникають на пограниччі діяльності фтизіатрів, торакальних онкологів, гінекологів і онкогінекологів, гастроентерологів і абдомінальних онкологів. Основний принцип уникнення лікарських помилок на цьому рівні – це обов'язкова морфологічна верифікація діагнозу і лікування онкологічних хворих специфічними методами у спеціалістів онкологів.

Треба ще розрізняти специфічні помилки фахівців – помилки променевих діагностів, морфологів, неправильне трактування лабораторних досліджень, тощо. Характер і наслідки лікарських помилок залежить також від методу, яким лікувалися пацієнти – помилки в хірургії мають свої особливості, і в променевій терапії – свої. Все більше зростають можливості хіміотерапії, але рівночасно все трудніше дотримувати кроку прогресу в цій галузі, і те, що 5 років тому

було стандартом, сьогодні може бути помилкою. Широко вводиться в практику новий принцип лікування – таргетна терапія, яка в перспективі займе важливе місце в онкології. Одночасно це дуже складне лікування, яке вимагає фундаментальних знань і при необдуманому застосуванні може принести значну шкоду хворому.

Трудний і небезпечний шлях лікаря у зв'язці з хворим через «мінне поле», яке їм треба пройти без втрат. Помилки завжди коштують дорого, особливо в онкології. Тому золотим правилом, яке закріплене відповідними наказами компетентних органів, є консиліярне рішення у важливих моментах. У випадку вибору методу лікування онкологічного хворого є обов'язковим консенсус онкохірурга, променевого терапевта і хіміотерапевта (клінічного онколога).

Усвідомлюючи актуальність проблеми лікарських помилок, ми підготовили монографію «Медичні помилки в онкології», яка вийшла з друку. Попередньо нами написана разом з провідними фахівцями Львівського регіонального онкологічного центру низка статей (біля 20) щодо конкретних помилок при діагностиці та лікуванні пухлин окремих органів, які опубліковані протягом останніх двох років (2011-2013) в збірниках наукових праць «Феномен людини. Здоровий спосіб життя». Цим ми старалися залучити до дискусії якомога більше практичних лікарів і позбутися низки суб'єктивних підходів до висвітлювальної проблеми. Дана стаття сприймається мною як анотація, анонс монографії. В цій книзі ми диференціюємо помилки на організаційні, діагностичні, лікувально-методичні (при хірургічному, променевому, медикаментозному, комбінованому і комплексному лікуванні). Окремо висвітлюємо деонтологічні помилки, які можуть виникати під час спілкування з хворими, їх родичами, медичного персоналу між собою.

Доля онкологічного хворого залежить від дії багатьох лікарів, що зустрічають хворого ще до його контакту з онкологом. Тому доцільно виділити наступні етапи, на яких переважають певні конкретні помилки:

I. Профілактичні огляди і диспансеризація.

II. Поліклініки спеціалізованих неонкологічних і онкологічних установ, які здійснюють первинну діагностику.

III. Стаціонари лікувально-профілактичних установ, де проводять уточнюючу діагностику і лікування.

IV. Районні онкокабінети, де проводять диспансеризацію і реабілітацію хворих після лікування.

V…МСЕК.

Серед причин лікарських помилок виділяють об'єктивні та суб'єктивні.

До об'єктивних причин відносимо:

Відсутність патогномонічних і ранніх ознак злоякісних пухлин, труднощі розпізнавання атипових захворювань, недосконаліть медичної науки, недостатня конкретність теоретичних та практичних знань.

Недосконаліть існуючих методів обстеження хворих (рентгенологічних, ендоскопічних, біохімічних, радіонуклідних тощо) і складність диференціальної діагностики, особливо злоякісних пухлин.

Відсутність єдиного аргументованого погляду на методологію діагностики злоякісних пухлин, а також на вибір оптимальної лікувальної тактики.

Недостатня оснащеність установ діагностичною і лікувальною апаратурою.

До суб'єктивних причин віднесені такі:

Неправильна організація профілактичних оглядів населення.

Відсутність онкологічної настороженості, недостатній професійний рівень лікарів, відставання від досягнень сучасної клінічної медицини.

Неповне обстеження хворого, недостатнє використання діагностичних методів, особливо методів морфологічної верифікації.

Встановлення діагнозу на основі результатів одного, особливо малоінформативного лабораторного, технічного чи фізичного дослідження.

Необґрунтоване затягування діагностичного процесу з порушенням принципу послідовності при обстеженні хворого.

Неправильне тлумачення результатів обстеження хворого.

Встановлення діагнозу на основі тривалого спостереження (diagnosis ex observatione) або ефекту тривалого пробного лікування (diagnosis ex juvantibus), які проводились в зв'язку з помилковим діагнозом або з метою диференційної діагностики.

Застосування неправильної лікувальної стратегії, чи малоефективного методу лікування.

Надмірна самовпевненість лікаря, переоцінка власних можливостей і можливостей лікувального закладу.

У відповідних розділах книги ми аналізуємо конкретні помилки при діагностиці і лікуванні основних локалізацій раку. Для більшої наглядності приводимо більше 80 випадків з практики, відомих автору.

На появу лікарських помилок, їх якісні характеристики і частоту впливає ряд загальних об'єктивних і суб'єктивних факторів, що

стосуються як особистості самого лікаря, стану пацієнта, умов, в яких відбувається їх професійний контакт.

Сам зміст поняття «лікарська помилка» зазнає суттєвих змін протягом все коротших інтервалів часу. Це пов'язане з швидким розвитком онкології як науки, так і практики. Для пересічного лікаря стає все складніше дотримувати кроку прогресу в цій галузі, і те, що було стандартом сьогодні – може бути помилкою завтра. Тому уваги заслуговує створення і впровадження в практику «стандартів».

Як і усяка суспільно-значима дія, лікувально-діагностичний алгоритм повинен підлягати певним загальноприйнятим правилам або стандартам. Такі стандарти утворюються на основі міжнародного досвіду, кодифікуються на міжнародному рівні згідно шкали достовірності і модифікуються в кожній країні відповідно можливостей і традицій національної медицини.

Медична наука взагалі, а онкологія зокрема, розвиваються семимильними кроками, щорічно з'являються нові методи діагностики і нові методи лікування. Не критичне сприйняття лікарем неперевірених повідомлень у пресі (в тому числі і фаховій) щодо нових чи нетрадиційних методів лікування і їх негайне застосування у своїй практиці може стати джерелом серйозних медичних помилок.

В «стандартах», як правило, приводять алгоритми діагностики і лікування зберігаючи принцип послідовного наростання складності і доступності пропонованих методів, враховується економічна сторона питання, місце проведення обстеження і лікування (первинна лікарська ланка чи високоспеціалізований центр). Діагноз злоякісної пухлини обов'язково формулюється за принципами міжнародної класифікації TNM, обов'язково верифікується морфологічним дослідженням. Є різний перелік обов'язкових дій і методів при певних локалізаціях раку. Недотримання цих вказівок веде до клінічних помилок, які можуть грати різну роль у долі хворого – від несвоєчасної чи дещо запізнілої діагностики до фатальних наслідків, що особливо актуальні у онкологічній практиці.

Прийняті в Україні медичні стандарти використовуються нами при розгляді усіх основних локалізацій раку, виходячи з принципу, що недотримання стандарту легко веде до клінічних помилок. Сучасна онкологія приймає як аксіому вимогу комбінованого і комплексного лікування пухлин. В більшості розвинених країн були опрацьовані стандартні обстеження та лікування хворих на злоякісні новоутворення основних локалізацій. В їх основу покладені алгоритми діагностики і лікування, які опрацьовані в провідних установах країни, виходячи з

локалізації пухлини, її гістологічної форми і стадії захворювання. В стандартах звичайно використовуються останні класифікації злоякісних новоутворень, розроблені міжнародним протираковим союзом (UICC) і ці стандарти вважаються обов'язковими для медичних установ України. Не мотивоване відхилення від стандартів може несприятливо відобразитися на прогнозі хворих і тому може бути зарахованим до лікарських помилок. Безумовно, що в окремих випадках життя вимагає корекції і доповнень стандартів. При цьому ми входимо в сферу індивідуалізації лікування, яке безумовно є допустиме, якщо воно базується на глибоких знаннях, великому досвіді і колективному рішенні лікарського колективу. Звичайно це відбувається в клінічних або науково-дослідних установах, проводиться зі збереженням моральних і етичних принципів і в першу чергу скерована на збереження інтересів пацієнта.

При науковому підході до планування діагностики і лікування онкологічних хворих відсутні протиріччя між стандартною і індивідуальною тактикою. Індивідуалізація лікування проводиться, як правило в межах стандартних вимог. Індивідуалізація лікування на основі найновіших (молекулярних, генетичних) даних носить назву «персоніфікації» тактики.

Стосовно застосування індивідуальних і стандартних методів лікування в клінічній медицині відбувається своєрідний «рух по спіралі»: коли до середини минулого століття переважали думки і рекомендації медичних авторитетів, то в кінці минулого століття цей досвід кодифікувався в форму «мінімальних рекомендацій». Зараз намічається новий індивідуальний підхід з врахуванням генетичних, молекулярно-біологічних факторів (персоніфікація), який претендує стати згодом новим стандартом на вищому рівні.

Стандартні схеми лікування хворих враховують досвід провідних установ світу, Європи і України, вони періодично оновлюються і апробуються на міжнародних консенсусних конференціях (в St. Gallen, щорічні конференції ESMO, ASCO і інші). Цінність таких рекомендацій полягає в тому, що при їх опрацюванні стараються мінімізувати вплив суб'єктивних факторів. Цього досягають залученням великих колективів експертів, що мають значний досвід у певній галузі онкології і забезпечують адекватний підбор клінічних доказів ефективності різних методів лікування.

Немає лікаря, який не робив би помилок. Тому робота над аналізом і елімінацією помилок має стати нормою лікарського самовдосконалення. Я ввів би в кодекс лікарської честі періодичний

«іспит совісті», який регулярно кожен з нас наодинці з власним сумлінням повинен проводити для блага наших пацієнтів і власного очищення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Білинський Б. Т. Помилки в поліклінічній діагностиці пухлин. Роль та місце денних стаціонарів в онкології / Б. Т. Білинський // Матеріали Всеукраїнської конференції онкологів. – Чернівці, 2006. – С. 181-185.
2. Білинський Б. Т. Клінічні помилки – результат некомпетентності лікаря / Б. Т. Білинський // Феномен людини – Здоровий спосіб життя. – Львів, 2012. – Вип. 6. – С. 5-10.
3. Білинський Б. Т. Лікарські помилки в діагностиці та лікуванні пухлин шкіри / Б. Т. Білинський // Здоровий спосіб життя : зб. наук. ст. – Львів, 2012. – Вип. 66. – С. 5-12.
4. Білинський Б. Т. Лікарські помилки в діагностиці та лікуванні раку грудної залози / Б. Т. Білинський // Здоровий спосіб життя : зб. наук. ст. – Львів, 2011. – Вип. 63. – С. 12-18.
5. Білинський Б. Т. Лікарські помилки в онкології – стара і вічно актуальна проблема / Б. Т. Білинський // Здоровий спосіб життя : зб. наук. ст. – Львів, 2012. – С. 5-10.
6. Білинський Б. Т. Лікування раку грудної залози як показник можливостей сучасної онкології / Б. Т. Білинський // Здоровий спосіб життя : зб. наук. ст. – Львів, 2007. – Вип. 22 – С. 10-14.
7. Білинський Б. Т. Морально-етичні проблеми в сучасній онкології / Б. Т. Білинський // У кн.: І Європейський конгрес Українських лікарських товариств (ЄКУЛТ) – Ів. – Фр., 1991. – с. 84
8. Білинський Б. Т. Помилки в діагностиці та лікуванні раку стравоходу / Б. Т. Білинський, І. Г. Гіпп // Феномен людини – Здоровий спосіб життя. – Львів, 2012. – Вип. 8 (74). – С. 5-11.
9. Білинський Б. Т. Помилки в діагностиці та лікуванні раку легені / Б. Т. Білинський, І. Г. Гіпп // Феномен людини – Здоровий спосіб життя. – Львів, 2012. – Вип. 4. – С. 5-15.
10. Білинський Б. Т. Помилки в діагностиці та лікуванні пухлин сечостатевої системи. Проблеми пухлин нирок / Б. Т. Білинський, Ю. П. Дійчук // Феномен людини – Здоровий спосіб життя. – Львів, 2012. – Вип. 9 (75). – С. 5-10.
11. Білинський Б. Т. Помилки в лікуванні онкологічних хворих променевими методами / Б. Т. Білинський, В. А. Дукач // Феномен людини – Здоровий спосіб життя. – Львів, 2012.
12. Білинський Б.Т. Помилки в променевій діагностиці пухлин / Б. Т. Білинський, Ю. П. Милян // Феномен людини – Здоровий спосіб життя. – Львів, 2012.
13. Білинський Б. Т. Помилки в діагностиці та лікуванні пухлин органів біліопанкреатодуоденальної зони / Б. Т. Білинський, М. А. Огорчак // Феномен людини – Здоровий спосіб життя. – Львів, 2013. – Вип. 9 (75). – С. 5-10,
14. Білинський Б. Т. Труднощі і медичні помилки в діагностиці та лікуванні пухлин шлунку / Б. Т. Білинський, М. А. Огорчак // Феномен людини – Здоровий спосіб життя. – Львів, 2012.Вип. 1. – С. 7-14.
15. Білинський Б. Т. Помилки в діагностиці раку товстого кишківника / Б. Т.

Білинський, Р. Д. Шиян // Феномен людини – Здоровий спосіб життя. – Львів, 2012. – Вип. 7. – С. 5-13.
16. Білинський Б. Т. Помилки в медикаментозній терапії раку / Б. Т. Білинський, Я. В. Шпарик // Феномен людини – Здоровий спосіб життя. – Львів, 2013. – Вип. 15 (81). – С. 5-13.
17. Fromer Margot J. Pathology errors can have serious effect on cancer diagnosis and treatment / J.Fromer Margot // Oncology Times, 25 Now. – 2005. – Vol. 27. – Issue 22. – P. 25-26.
18. Gany Z. M. Reducing clinical errors in cancer education: interpreter training / Z. M. Gany, C. J. Gonsalez, G. Basn // Cancer Education. – 2010. – Dec. 25(4). – P. 560-564.
19. Glenn T. F. Esophageal cancerA facts, figures and screening / T. F. Glenn // Gastroenterol. Nurs. – 2001. – Vol. 24 (6). – P. 271-273.
20. Grangeasse L. Chaigneaul. Computerized prescribing of standardized chemotherapy schedules: residual medication errors of pharmaceutical intervention / L. Grangeasse, C. Fagnoni-Legat // J. Pharm. Clin. – 2006. – № 25(1). – P. 33-38.
21. Grath M. Ethical issues in clinical surgery / M. Grath, D. A. Risucci, A. Schwab. – Chicago II. Am. College of Surgeons, 2007.
22. Institute of Medicine, Preventing medication errors // National Academy Press. – 2006.
23. Jun L. Malignant epithelioid angiomyolipoma of the kidney with pulmonary metastases and p53 gene mutation / L. Jun, Z. Ming, W.Y. Li // World Journal of Surgical Oncology. – 2012. – 10. – P. 213.

Boris BILYNSKYY

THE PROBLEM OF MEDICAL ERRORS

The article deals with the historical, ethical and moral, legal and organizational aspects of activity of doctor, and errors in the diagnosis and treatment. Presented reasons for of medical errors – epistemological, diagnostic related to different methods of diagnosis.

Keywords: medicine, oncology, errors.