

Sudskomedicinski i pravni aspekti grešaka u radu patologa

Slobodan Savić¹, Sanja M. Milenković²

¹Institut za sudsku medicinu „Milovan Milovanović”, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

²Služba za kliničku patologiju KBC Zemun, Beograd

Apstrakt

Iste zakonske odredbe koje se odnose na lekare koji leče pacijente odnose se i na lekare koji se ne bave lečenjem, ali čija je profesionalna aktivnost značajna za obezbeđivanje adekvatne dijagnostike. U tu grupu medicinskih profesionalaca spadaju i patolozi, što je pokazala i aktuelna forenzička praksa. U savremenoj medicini uloga patologa je izuzetno značajna u procesu dijagnostike mnogih oboljenja. U radu je na osnovu prikaza konkretnih slučajeva iz ekspertizne sudskomedicinske prakse i podataka iz literature ukazano na najčešće moguće vidove grešaka u radu patologa i njegovih saradnika, njihove uzroke i posledice, kao i na osobnosti sudskog postupka i značaj adekvatno urađenog sudskomedicinskog veštačenja u ovim slučajevima.

Keywords: Zakon, patolozi, lekarska odgovornost

Uvod

Problem lekarske odgovornosti za greške načinjene u toku pružanja medicinske pomoći izuzetno je aktuelan u našem društvu. Sve češći su slučajevi u kojima se lekari pozivaju na odgovornost, kako profesionalnu, u okviru Lekarske komore, tako i zakonsku, uključujući i krivičnopravnu. Srbija je jedna od malog broja zemalja u kojima u Krivičnom zakoniku postoje krivična dela posebno posvećena sankcionisanju grešaka u radu lekara i drugog zdravstvenog osoblja, tako da lekari mogu biti osuđeni na višegodišnje zatvorske kazne (u najtežim slučajevima i do 12 godina zatvora)¹. U Institutu za sudsku medicinu u Beogradu broj predmeta koji se odnosi na različite vidove zakonske odgovornosti medicinskog osoblja višestruko se povećao u toku poslednjih godina.

U većini slučajeva zakonska odgovornost se odnosi na delatnost lekara lečilaca, za njihove greške u postupku dijagnostike, lečenja, praćenja pacijenta i rehabilitacije. Međutim, to ne znači da se iste zakonske odredbe ne mogu odnositi i na lekare koji se ne bave lečenjem, ali čija je profesionalna aktivnost značajna za obezbeđivanje adekvatne dijagnostike, a time i odgovarajućeg lečenja. U tu grupu medicinskih profesionalaca svakako spadaju i patolozi, što je pokazala i aktuelna forenzička praksa.² Naime, u toku poslednje decenije u Institutu za sudsku medicinu u Beogradu bilo je nekoliko slučajeva veštačenja u sudskim predmetima u kojima se raspravljalo o krivičnopravnoj i/ili građanskopravnoj odgovornosti patologa.

U savremenoj medicini uloga patologa je izuzetno značajna u procesu dijagnostike mnogih oboljenja. Od postavljene makroskopske i mikroskopske dijagnoze zavisi odluka lekara lečilaca - da li će primeniti hirurško ili konzervativno lečenje, u kojoj meri će hirurško lečenje biti radikalno i koje će metode konzervativnog lečenja biti optimalne u svakom konkretnom slučaju. Savremene metode u patologiji (histohemija, imunohistohemija i

Forensic and legal aspects of mistakes in the work of pathologists

Slobodan Savić¹, Sanja M. Milenković²

¹Institute for forensic medicine „Milovan Milovanović”, Medical School, Belgrade University

²Department of Clinical Pathology, CHC Zemun, Belgrade

Abstract

The same legal regulations applied for medical doctors involved in patients treatment, also refer to doctors that do not manage therapy, but whose professional activity is essential for providing adequate diagnostics. This group of professionals include pathologists, which is proven by the actual forensic practice. In modern medicine, the role of pathologists is of extreme importance in the diagnostics of many diseases. In this paper, based on presentation of particular cases from the forensic practice and literature data, the possible forms of mistakes in the work of pathologists and their associates are shown, as well as the causes and the consequences of such mistakes, together with the characteristics of the legal procedures and the significance of adequate medicolegal expertise in these cases.

Ključne reči: Law, pathologists, medical liability

dr.) izuzetno su unapredile dijagnostičke mogućnosti, ali je njihovo uvođenje nametnulo i potrebu kontinuirane edukacije patologa u cilju sticanja znanja o tim novim dijagnostičkim metodama i načinu njihove primene u praksi. Kako su stručna mišljenja patologa često presudna za dalje postupanje sa bolesnikom, greške u njihovom radu mogu biti praćene katastrofalnim posledicama po pacijenta.

U radu je na osnovu prikaza konkretnih slučajeva iz ekspertizne sudsakomedicinske prakse i podataka iz literature ukazano na najčešće moguće vidove grešaka u radu patologa i njegovih saradnika, njihove uzroke i posledice, kao i na osobenosti sudsakog postupka i značaj adekvatno urađenog sudsakomedicinskog veštačenja u ovim slučajevima.

Prikazi slučajeva

Slučaj 1 - 47-godišnja žena pregledana je u onkološkoj zdravstvenoj ustanovi 21.06. zbog promena na desnoj dojci, koje je prvi put uočila u februaru iste godine. Pregledom je ustanovljeno crvenilo i utvrđena TNM klasifikacija: T4B N0 Mx. Postavljena je dijagnoza „Obs. Neo mastitis I. dex.“ Nije bilo palpabilnih limfnih čvorova sa iste strane. Ultrazvučnim pregledom nisu dijagnostikovane promene na jetri, a rendgenskim snimanjem pluća nije ustanovljeno prisustvo sekundarnih depozita. Konstatovano je da su laboratorijske analize bile nepotpune, a priloženi su rendgenski snimci kostiju. Na osnovu navedenih nalaza, konzilijum za dojku je 26.06. odlučio da se, nakon patološkohistološke verifikacije punkcionom biopsijom tumora desne dojke, sproveđe preoperativno zračenje, a šest nedelja potom radikalna mastektomija u nadležnom medicinskom centru.

Od 10. do 15.07. pacijentkinja je bila hospitalizovana u drugoj, opštoj bolnici, gde je 12.07. u opštoj anesteziji urađena ekskisiona biopsija tumora i patološkohistološka verifikacija ex tempore. U spisima postoje dva laboratorijska izveštaja o PH pregledu, sa naznakom da je materijal („tu mammae“) poslat sa hirurgije i primljen 12.07. Na oba postoji isti opis makroskopskog nalaza: „Koža sa potkožnim masnim i vezivnim tkivom dimenzija 40x30x40 mm. Na preseku se uočava nejasno ograničena tumorska formacija, prečnika 20 mm, sa poljima nekroze prečnika po 1 mm. 5 + 4“. Na oba izveštaja bilo je ukucano ime istog lekara patologa, s tim što na jednom izveštaju postoji pečat sa oznakom „EX TEMPORE“, na kome je napisana dijagnoza „Maligno Cancer mastitis“. Na drugom izveštaju u rubrici patološkohistološka dijagnoza ukucano je: „Cancer mastitis /ductale invasivum, HG-I, NG-I“.

Od 04.09. do 06.11. pacijentkinja je lečena u drugom onkološkom institutu, gde je sprovedena transkutana zračna terapija po kompjuterskom planu („TD 50 Gy u 25 seansi“). Pri pregledu 26.11. u onkološkom institutu u kojem je 21.06. počeo proces dijagnostike, upućena je da načini kontrolnu mamografiju, rendgenske snimke pluća, lobanje i cele kičme, ultrazvučni pregled gornjeg abdomena, hematološke i biohemijske analize. Kontrolnom mamografijom 10.12. ustanovljeno je da je desna dojka deformisana, postiradijaciono izmenjena, sa izraženom kondenzacijom parenhima, naročito u gornjem spoljašnjem kvadrantu, ali se radiološki nije mogla izdiferencirati tumorska senka. Kliničkim pregledom konstatovano je da je koža dojke postradijaciono izmenjena, sa površinskim ulceracijama, koje su delimično gnojne, a prisutan je „Rest Tu“. Nalazi ultrazvučnog pregleda trbuha, rendgenskog pregleda koštanog sistema i izvršenih laboratorijskih analiza bili su uredni. Konzilijum za dojku je 17.12. doneo odluku da se uradi radikalna mastektomija, ali zbog dugačke liste čekanja hirurška intervencija je izvršena u drugoj onkološkoj ustanovi, u kojoj je prethodno vršeno zračenje. Pacijentkinja je bila hospitalizovana od 09. do 18.01. sledeće godine. Pregledom na prijemu na granici gornjih kvadrantata desne dojke konstatovan je svež postoperativni nepravilan ožiljak, dužine oko 6 cm, koji deformatiše konfiguraciju dojke, a medijalno od njega palpiran je suspektan tumor veličine 4x3 cm, nejasno ograničen od okoline, pokretan prema podlozi, tvrde konzistencije, bolan, koji ne povlači kožu nad sobom. U pazušnoj jami palpirani su sitni, pokretni limfni čvorovi. Hirurška amputacija desne dojke izvršena je 10.01.

Patološkohistološkim pregledom operativno uklonjenog materijala u pregledanih sedam limfnih čvorova zapažena su područja specifičnog granulacionog tkiva, koje se nalazi i u okolnom ekstranodalnom masnom tkivu. Navedene su dijagnoze: „mastitis gigantocellularis granulomatosa verosim tuberculosa, lymphadenitis granulomatosa gigantocellularis verosim tuberculosa“. S obzirom na ustanovljeni patološkohistološki nalaz, pacijentkinja je upućena u nadležnu ustanovu za dalje lečenje tuberkuloze.

Protiv patologa koji je postavio dijagnozu malignog oboljenja dojke pokrenut je krivični postupak zbog krivičnog dela nesavesnog lečenja (u to vreme bio je to čl. 126 Krivičnog zakonika Republike Srbije). U naredbi za sudskomedicinsko veštačenje postavljena su sledeća pitanja: - Da li je u konkretnom slučaju postavljena dijagnoza kod oštećene „kancer mastitis“ ispravna ili nije? - Da li je nakon ovako postavljene dijagnoze (pogrešne ili ispravne) preduzeto lečenje imalo negativnih uticaja na razvoj bolesti tuberkuloze dojke ili ne? - Da li je preduzeto zračenje moglo dovesti do promene na dojci koje su opravdavale odstranjivanje dojke hirurškim putem? - Da li bi moralno doći do odstranjivanja dojke i u slučaju da se odmah postavila prava dijagnoza?

U Institutu za sudske medicinu u Beogradu formirana je komisija lekara veštaka, koju su činili specijalista patolog, hirurg onkolog i dva specijalista sudske medicine. Komisiji je na pregled dostavljen materijal iz opšte bolnice u kojoj je prvi put postavljena patološka dijagnoza malignog oboljenja. Dostavljeno je 10 mikroskopskih preparata, obeleženih kao „2/96ext“ i 8 mikroskopskih preparata, označenih kao „def. preparati“. Pregledom ovih preparata ustanovljeni su znaci hroničnog granulomatoznog zapaljenja dojke, sa prisustvom pojedinačnih i slivenih granuloma sastavljenih od limfocita, epiteloidnih ćelija i džinovskih ćelija Langhansovog tipa, mestimično sa kazeoznom nekrozom, kao i okolnim poljima limfocitnih infiltrata. Mestimično se vide očuvani kanalići dojke. Izgled konstatovanih patoloških promena u tkivu dojke odgovara tuberkuloznom zapaljenju. Na pregledanim preparatima nisu ustanovljeni znaci maligniteta.

Iz iste bolnice dostavljeno je pet parafinskih kalupa, obeleženih na drvenom postolju i to dva kalupa „2/96ext“, a tri kalupa „2/96ext*“. Iz ovih kalupa napravljeni su i pregledani mikroskopski preparati: na jednom preparatu nalaze se dva odvojena manja dela tkiva, od kojih se na jednom vide strukture kože sa kanalićima dojke, zapaljeni infiltrati limfocita, epiteloidnih ćelija i histiocita, a na drugom delu vide se promene koje po svom izgledu odgovaraju prethodno opisanim promenama na poslatim mikroskopskim preparatima. Ovakve promene hroničnog granulomatoznog i delom kazeificirajućeg zapaljenja dojke vide se na još dva mikroskopska preparata, dok se na dva preparata nalaze manji delovi tkiva sa znacima fibroze i prethodno opisanim zapaljenim infiltratima. Izgled konstatovanih patoloških promena u tkivu dojke odgovara tuberkuloznom zapaljenju. Na pregledanim preparatima nisu ustanovljeni znaci maligniteta.

Pored standardnog hematoksilin-eozin bojenja, preparati su obojeni i specijalnim bojenjem (Tan-Thiam-Hok metod) - pregledom ovako obojenih preparata na nekoliko mesta nađene su crveno obojene štapičaste formacije čiji izgled odgovara izgledu acidoalkoholorezistentnih bacila, u koje spada i bacil tuberkuloze.

Iz onkološkog instituta u kojem je izvršena mastektomija dostavljeno je osam mikroskopskih preparata, dva iz tkiva dojke i šest iz tkiva limfnih čvorova. Pregledom ovih preparata u tkivu dojke i limfnih čvorova ustanovljene su promene hroničnog granulomatoznog i delom kazeificirajućeg zapaljenja, čiji izgled odgovara tuberkuloznom zapaljenju. Na pregledanim preparatima nisu ustanovljeni znaci maligniteta.

Komisija lekara veštaka je u mišljenju dala sledeće odgovore na pitanja suda: I Pregledom mikroskopskih preparata tkiva dojke i limfnih čvorova ustanovljeni su znaci hroničnog granulomatoznog zapaljenja, sa kazeoznom nekrozom i prisustvom džinovskih ćelija Langhansovog tipa. Ustanovljeni mikroskopski nalaz odgovara promenama kod tuberkuloze dojke i limfnih čvorova (tuberkulozni mastitis i limfadenitis). U prilog tuberkuloznoj etiologiji patoloških promena govori i nalaz acidoalkoholorezistentnih bacila nađenih na preparatima obojenim specijalnim bojenjem. Na pregledanim preparatima nisu ustanovljeni znaci maligniteta, pa prema tome ni znaci kancer mastitisa. II Kod dokazanog tuberkuloznog procesa dojke ne vrši se mastektomija i disekcija pazušne jame (hirurško uklanjanje dojke i pazušnih limfnih čvorova). Ukoliko se dijagnostikuje palpabilan tumor u dojci, vrši se njegovo hirurško uklanjanje uz ex tempore potvrdu patološkohistološkog nalaza, a ukoliko u dojci nema palpabilnog tumora, vrši se biopsija uvećanog pazušnog limfnog čvora. Prema tome, hirurška intervencija je maksimalno poštredna, a u postoperativnom toku dalje lečenje se nastavlja primenom odgovarajućih antituberkuloznih lekova. III U konkretnom slučaju, preduzeto zračenje nije moglo direktno negativno da utiče na razvoj tuberkuloznog procesa dojke. Međutim, neodgovarajuća dijagnoza uticala je na to da ne bude blagovremeno primenjeno odgovarajuće hirurško i medikamentozno lečenje tuberkuloze dojke. IV Sprovedeno zračenje nije moglo uzrokovati patološke promene u dojci, koje bi predstavljale razlog za njeno hirurško odstranjenje.

Zanimljiva je izjava koju je na sudu dao okrivljeni patolog: Na ovom odeljenju bilo nas je troje patologa. Prema mojoj evidenciji konkretni slučaj je bio drugi po redu od momenta startovanja mašine za brzo

dijagnostikovanje „eks tempore“. Dijagnostikovani prvi uzorci (6 do 10) sa njihovim pločicama i kalupima bili su bez potrebne signature koje bi te pločice identifikovali u odnosu na bolesnika čiji su uzorci uzimani, pa se tako dogodilo da su prvih desetak pločica i njihovih kalupa ostali i bez broja i bez imena, dok su pismeni izveštaji bili uredno i popunjeni i otposlati. Slučaj je htio da sam ja uskoro po obradi isečka otisao na godišnji odmor, i da sam u jednoj kartonskoj kutiji ostavio onih prvih desetak pločica koje nisu imale ni broja ni imena s tim da ih po mom povratku sa godišnjeg odmora prema sećanju i upoređivanju sa pismenim izveštajima iz naše arhive sortiram tj. identifikujem i kroz brojeve i kroz imena pacijenata kojima su ti uzorci uzeti.

U daljem toku događaja pokrenut je i građanskopravni postupak u kojem je oštećena tražila odštetu zbog načinjene dijagnostičke greške i iz nje proisteklih posledica. Izvršeno je novo sudskomedicinsko veštačenje u kojem su dva sudska lekara i specijalista psihijatrije i forenzičke psihijatrije dali mišljenje o karakteru i procentu umanjenja opšte životne aktivnosti, naruženosti, intenzitetu i trajanju pretrpljenih duševnih patnji, kao i intenzitetu i trajanju pretrpljenih fizičkih bolova i straha kod oštećene koja je nepotrebno bila izložena zračenju i kod koje je posle toga nepotrebno odstranjena desna dojka.

Slučaj 2 – 44-godišnji muškarac je 04.10. pregledan od strane pneumoftiziologa, koji je na osnovu pregleda i donete dokumentacije (rendgenski snimak pluća i CT grudnog koša), uz konsultaciju rendgenologa, postavio dijagnozu „Sarcoidosis hilopulmonalis“. Pacijent je upućen u Institut za plućne bolesti radi dalje endoskopske i laboratorijske dijagnostike.

U Institutu je 11.10. u nalazu pneumoftiziologa navedeno da je pacijent od početka septembra prethodne godine imao nazeb, „kao grip“, u jutarnjim satima otežan hod, bolove u zglobovima, kašalj sa oskudnim iskašljavanjem i bol u grudima, malakslost, u početku lako povišenu telesnu temperaturu od 37,5°C. Pregledom je ustanovljeno da je bled, asteničan, auskultatorno je konstatovan oslabljen disajni šum, bez propratnog nalaza, a rendgenskim pregledom „inf. senka levog hilusa“. Postavljena je indikacija za bronhološko ispitivanje.

U drugoj bolničkoj ustanovi je 13.10. izvršena bronhoskopija i ustanovljen je uredan endoskopski nalaz, osim izrazitijeg edema sa trabekularnošću i izraženom dilatacijom ušća svih bronhijalnih sluznih žlezda; navedeno je da su sva ušća vidljiva do subsegmenata. Zakazana je „bronhoskopija sa TBB pod kontrolom Rö-skopije“. Ova dijagnostička procedura izvršena je 22.10. Endoskopski je ustanovljena „proširena karina između gornjeg i donjeg lobarnog bronha levo, kao i između lingule i Kulmena“. Učinjena je biopsija sa karine u gornjem režnju i punkcijska transkarinalna biopsija sa istog mesta. Materijal je upućen službi za patologiju.

U izveštaju patologa naveden je makroskopski nalaz „Končasti i trakasti fragmenti čvršće konzistencije ukupnog promera 4x2x1mm.(više/1)“, a patohistološka dijagnoza bila je „Carcinoma planocellulare invasivum bronchi gradus II, NG II (krupne ćelije sa orožavanjem)“.

Od 01. do 05.11. pacijent je bolnički lečen na pulmološkom odeljenju iste bolnice. U otpusnoj listi je navedeno da je hospitalizovan zbog neodređenih tupih bolova u levoj polovini grudnog koša, trnjenja u rukama i nogama, malakslosti, koji zaostaju nakon prehlade od septembra. Fizikalnim pregledom ustanovljen je uredan nalaz, uključujući i normalan disajni šum na plućima, bez vizinga i pukota. Sve biohemijske analize bile su u granicama referentnih vrednosti. Iz sputuma nisu izolovane patogene bakterije. Spirometrijski je konstatovana normalna plućna funkcija, a analizom gasova kapilarne krvi uredna razmena gasova. Na rendgenskom snimku pluća ustanovljen je voluminozniji levi hilus. CT grudnog koša pokazao je sa leve strane u visini bifurkacije traheje vidljivo suženje lumena bronha za levi gornji režanj, uz prisustvo mekotkivne formacije, promera 3x2cm, u samom ishodištu bronha. Nije bilo znakova sekundarnih depozita u plućnom parenhimu niti pleuralnog izliva.

Po urađenoj dijagnostici zaključeno je da se radi o neoplastičnom procesu u gornjem režnju levog pluća, u IIA kliničkom stadijumu, te je pacijent prezentovan onkološkom konzilijumu koji je doneo odluku da se uradi odgovarajući hirurški zahvat.

Od 10.11. do 13.12. pacijent je lečen u drugoj pulmološkoj bolničkoj ustanovi. U otpusnoj listi se navodi da je izvršena hirurška intervencija (leva pneumonektomija), da je postoperativni tok protekao uredno, a rana je zarasla per primam. U toku operacije nije vršena ex tempore biopsija radi provere postavljene dijagnoze karcinoma pluća.

Makroskopski i mikroskopski pregled materijala koji je dobijen u toku operacije (levo plućno krilo sa paketima uvećanih mediastinalnih limfnih čvorova i nekoliko okolnih limfnih čvorova) izvršio je lekar

specijalista patolog. Ustanovljeno je da promene u plućnom tkivu i svim limfnim čvorovima govore u prilog specifičnog granulomatoznog zapaljenja, koje morfološki odgovara sarkoidoze, bez morfoloških promena koje bi ukazivale na malignitet. S obzirom na diskrepancu između PH nalaza bioptičkog materijala, koji je decidirano išao u prilog planocelularnog karcinoma i postoperativnog materijala sa PH nalazom sarkoidoze, predložena je revizija svih pločica u nekom trećem referentnom centru, radi razjašnjenja osnovne bolesti.

Na zahtev pacijenta pokrenut je građanskopravni postupak za dobijanje odštete, a u toku tog postupka sud je od Instituta za sudsku medicinu u Beogradu zahtevaо veštačenje. U naredbi su postavljena sledeća pitanja: Da li parafinski kalup pod brojem 3023/99, kao i jedan preparat pod istim brojem, koji se nalaze u bolnici gde je postavljena dijagnoza maligniteta, pripadaju tkivu tužioca i koja se dijagnoza iz označenog materijala može utvrditi, kao i da li materijal - pločice koje se nalaze kod tužioca pripadaju njemu, odnosno da li su isečene iz kalupa 3023/99 te da li se iz tih pločica može utvrditi ista dijagnoza.

Veštačenje su izvršili patolog i sudski lekar. U toku obavljanja veštačenja izvršen je pregled sledećeg materijala koji je dostavio tuženi:

- 8 mikroskopskih pločica koje je dobio u bolnici gde je postavljena dijagnoza karcinoma pluća - [a] dve pločice obeležene belim pravougaonim nalepnicama na kojima je crnom hemijskom olovkom napisano „B3023/99“, [b] pet pločica obeleženih crvenim flomasterom: „B-3023/99“ i [c] jedna pločica obeležena manjom belom pravougaonom nalepnicom na kojoj je pisaćom mašinom otkucano „3023/99“ sa crvenom kosom crtom. Na svih 7 pločica iz grupe [a] i [b] nalaze se delići tkiva istog makroskopskog izgleda – delić tkiva je trakastog oblika i savijen u obliku latiničnog slova „U“, sa mikroskopskim promenama koje govore u prilog specifičnog granulomatoznog zapaljenja, a morfološki odgovaraju sarkoidoze, bez znakova maligniteta. Iz biološkog materijala fiksiranog na jednoj od ovih sedam pločica pokušano je da se izoluje DNK i utvrdi DNK profil, ali taj pokušaj nije uspeo zbog male količine ili velike degradovanosti molekula DNK u ovom biološkom materijalu. Na pločici iz grupe [c] nalaze se delići tkiva čiji se makroskopski izgled upadljivo razlikuje od delića tkiva na pločicama iz grupe [a] i [b] – na više mesta nalaze se u parovima raspoređena po dva delića tkiva, koja nisu sasvim kompaktna. Mikroskopskim pregledom ustanovljeno je da se radi o dva fragmenta tumorskog tkiva invazivnog planocelularnog karcinoma koji infiltrše i razara deo strome na čijoj jednoj površini se uočava očuvani fragment pseudostratifikovanog cilindričnog epitela respiratornog tipa gornjih disajnih puteva. Neinfiltirani delovi strome prožeti su žestokim limfocitnim infiltratom. U okviru strome vide se od strane tumorskog tkiva zarobljene žlezdane strukture bronhijalnih žlezda. Očuvani deo respiratornog epitela, kao i očuvane žlezdane strukture ukazuju na to da se radi o fragmentima zida bronha.

- 33 mikroskopske pločice koje je dobio od službe za patohistologiju ustanove gde je operisan, kao preparate načinjene od hirurški uklonjenog plućnog krila i limfnih čvorova. Mikroskopskim pregledom ustanovljeno je da promene u plućnom tkivu i svim limfnim čvorovima govore u prilog specifičnog granulomatoznog zapaljenja, koje morfološki odgovara sarkoidoze. Ni na jednom od ovih preparata nisu ustanovljeni histološki parametri koji bi govorili u prilog postojanja benigne ili maligne tumorske promene. DNK analizom ustanovljeno je da biološki materijal fiksiran na jednoj od ove 33 pločice, sa mikroskopskim nalazom sarkoidoze, potiče od tužioca.

Iz bolnice u kojoj je postavljena dijagnoza karcinoma pluća dostavljena su veštacima dva parafinska kalupa označena brojem 3023-99 i jedan mikroskopski preparat sa istim brojem, koji navodno potiče od biološkog materijala tužioca koji je dobijen biopsijom u toku bronhoskopije 22.10. Makroskopskim pregledom kalupa i mikroskopskim pregledom iz njih načinjenih preparata ustanovljeno je da su kalupi bez tkiva, tako da nije bilo moguće ustanoviti koje tkivo je bilo u kalupima, kao ni kojoj osobi je to tkivo pripadalo. Na mikroskopskoj pločici, označenoj brojem „3023/99“, nalazili su se delići tkiva čiji makroskopski i mikroskopski izgled odgovara izgledu delića tkiva na prethodno opisanom preparatu iz grupe [c]. Mikroskopskim pregledom ustanovljeno je da se radi o dva fragmenta tumorskog tkiva invazivnog planocelularnog karcinoma koji infiltrše i razara deo strome, na čijoj jednoj površini se uočava očuvani fragment pseudostratifikovanog cilindričnog epitela respiratornog tipa gornjih disajnih puteva. Neinfiltirani delovi strome prožeti su žestokim limfocitnim infiltratom. U okviru strome vide se od strane tumorskog tkiva zarobljene žlezdane strukture bronhijalnih žlezda. Očuvani deo respiratornog epitela, kao i očuvane žlezdane strukture ukazuju na to da se radi o fragmentima zida bronha. Izvršena je DNK analiza materijala skinutog sa ove mikroskopske pločice i upoređivanjem sa DNK profilom tužioca ustanovljeno je da biološki materijal fiksiran na ovoj pločici ne potiče od tužioca.

Na osnovu izvršenih pregleda i DNK analiza zaključeno je da tkivo planocelularnog karcinoma na mikroskopskoj pločici dostavljenoj iz bolnice u kojoj je rađena bronhoskopsija i biopsija ne potiče od tužioca. U daljem toku ustanovljeno je da je kod pacijenta kojem je bronhoskopija rađena odmah posle tužioca (što je ustanovljeno prema spisku pacijenata za bronhoskopiju) i kod kojeg je postavljena mikroskopska dijagnoza granulomatoznog zapaljenja, u međuvremenu došlo do izraženog pogoršanja zdravstvenog stanja, pa je ponovnom bronhoskopijom i biopsijom postavljena dijagnoza planocelularnog karcinoma. Operisan je, ali je i pored toga ubrzo nastupio smrtni ishod. Tužilac kome je zbog navodnog planocelularnog karcinoma odstranjeno levo plućno krilo i danas je živ i u sasvim dobrom zdravstvenom stanju.

Slučaj 3 – Kod 32-godišnje žene (D. A.) 25.08. izvršena je biopsija tumora leve dojke u bolnici u gradu van Beograda. Navedeno je da je rađena dijagnostika ex tempore i da je uklonjena cela promena. MAKROSKOPSKI PATOLOŠKI NALAZ: „Loptasti isečak prečnika 30 mm na preseku meko elastične konzistencije beličaste boje u rad za ex tempore uzet jedan isečak dodatno još jedan za ex tempore, serijskim sečenjem tkivo u rad uzeto u celosti 5117 - 5122 odgovor - sačekati stalmi“. MIKROSKOPSKI PATOLOŠKI NALAZ: Carcinoma papillare intraductallae partim mucinosum – HGR II, NGR II. Papilarni karcinom dojke sa intraduktalnom predominacijom sa izrazito dobro izraženom mucinoznom komponentom i to u delu isečka prečnika do 17 mm. U ostalom delu uočavaju se fibrozne promene sa elastozom u vezivnom i masnom tkivu dojke. Na uputnici za HP pregled navedeno je: „Broj biopsije B-5117-5122“, što znači da je napravljeno 6 preparata. U histopatološkom nalazu patologa ne postoji poseban opis svakog od tih šest preparata, već je dat samo jedan opis i to na način koji upućuje na zaključak da maligno tkivo nije postojalo na celom preparatu, već na delu isečka prečnika do 17 mm (iz opisa se može naslutiti da postoje dve vrste tkiva).

Na osnovu ustanovljene patološke dijagnoze konzilijum za primarni tumor dojke onkološkog instituta doneo je sledeću odluku: Potrebno je da se načini revizija HP nalaza na iORS-u, kao i određivanje receptora i ev. HER2. Sa nalazima ponovni prikaz konzilijumu.

Konsultativni pregled izvršio je patolog onkološkog instituta 15.09. Dostavljeni su 6 mikroskopskih preparata obojenih hematoksilin-eozin bojenjem, označeni brojevima od B-5117 do B-5122 i 6 parafinskih kalupa sa istim brojevima od kojih su načinjeni novi HE preparati, a od bloka obeleženog 5121/09 napravljeni preparati obojeni su histohemijski (PAS, PAS dijastaza, mucikarmin, alcian blue) i imunohistohemijski (CK7, CK20, CEA, estrogen, progesteron, HER2). Na tri preparata (B-5117/09, B-5118/09 i B-5122/09) nađeno je fibrozno i masno izmenjeno tkivo dojke, fokalno sa znacima lobularne hiperplazije sa blagom atipijom, a na dva preparata (B-5119/09, B-5120/09) fibrozno i masno izmenjeno tkivo dojke, fokalno sa hiperplazijom duktalnog epitela i lobularnom hiperplazijom bez atipije. Na preparatu B-5121/09 prisutna su dva preseka tkiva koga čini deo epiderma očuvane morfologije ispod i oko koga se pruža tumorska masa izgrađena od pseudoglandularnih struktura i obilne količine ekstracelularnog mukina. Tkivo dojke se na tim presecima ne uočava. Na seriji preseka odgovarajućeg parafinskog bloka, napravljenih u laboratoriji onkološkog instituta, prisutno je takođe opisano tumorsko tkivo, ali i delovi displaznog tkiva dojke koje je delimično inkorporirano u opisanu tumorsku masu. Morfološki, histohemijski i imunohistohemijski opisano tumorsko tkivo odgovara mucinoznom karcinomu intestinalnog porekla. NAPOMENA: Nalaz uskladiti sa kliničkim podacima.

Na osnovu ovakvog patološkog nalaza konzilijum za primarni tumor dojke je 18.09. doneo sledeću odluku: S obzirom na navedeni HP nalaz potrebno je hitno ispitivanje digestivnog trakta u cilju traženja ishodišta neoplazme. Sa nalazima da se javi odgovarajućem konzilijumu.

Od 22.09. do 02.10. pacijentkinja je lečena u bolnici u kojoj joj je primarno bila postavljena dijagnoza karcinoma dojke, pod sledećim dijagnozama: CA intestinalis meta in mamma l. sin. St. post tumorectomiam mammae l. sin. Kompjuterizovanom tomografijom abdomena i karlice ustanovljen je uredan nalaz, bez znakova prisustva malignog tumora.

Dana 21.10. žena je došla u Institut za sudske medicinu i na privatni zahtev tražila DNK analizu - predala je sledeće uzorke: šest parafinskih blokova sa tkivom na plastičnim nosačima sa oznakama od 5117/09 do 5122/09 i šest mikroskopskih preparata označenih istim oznakama kao i parafinski blokovi (5117/09 - 5122/09) svaki sa isečkom tkiva koji makroskopski odgovara tkivu u odgovarajućem parafinskem bloku. DNK analizom trebalo je utvrditi da li ukalupljeno tkivo u dostavljenim parafinskim blokovima pripada ili ne pripada D.

A., a na osnovu toga zaključiti da li je prvo bitno postavljena dijagnoza maligniteta tačna. Mikroskopskim pregledom na pet pločica (5117/09, 5118/09, 5119/09, 5120/09 i 5122/09) ustanovljeno je samo tkivo dojke, dok na pločici označenoj brojem 5121/09

Manji deo čini tkivo dojke, a veći deo tkivo sa malignim tumorom, sa jasno izraženom granicom između tkiva dojke i malignog tkiva prekrivenog epidermom. Prisustvo epiderma nad malignim tkivom jasno je upućivalo na zaključak da ovo tkivo ne potiče od dotične jer je kod nje urađena biopsija tumorskog tkiva koje je izvađeno iz dubine dojke, bez zahvatanja epiderma.

Nakon uklanjanja površinskog sloja, za DNK analizu su uzeti uzorci sa dva parafinska kalupa: 5121/09 u kojem je, pored tkiva dojke, ustanovljeno prisustvo malignog tumora i 5119/09 u kojem je mikroskopskim pregledom uočeno samo tkivo dojke. U oba uzorka DNK analizom je utvrđen je kompletan ženski DNK profil, koji se na svakom od 15 analiziranih STR genskih lokusa podudara sa DNK profilom dotične. Na sugestiju patologa, a u cilju lociranja malignog tkiva u kalupu, isečak iz kalupa 5121/09 je deparafinisan, napravljen je novi parafinski kalup i iz njega su isečeni novi mikroskopski preparati. Mikroskopskim pregledom je ustanovljeno da na novom preparatu najveći deo čini tkivo dojke, a vrlo mali deo maligno tkivo, što je upućivalo na zaključak da je isečak bio okrenut pri kalupljenju. U daljem postupku posebno je isečen mali deo tkiva sa mikroskopskim karakteristikama malignog tumora i DNK analizom tog uzorka utvrđen je kompletan ženski DNK profil koji se ne podudara sa DNK profilom D.A.

MIŠLJENJE: Tkivo u parafinskom kalupu označenom kao „5119/09“, kao i tkivo bez mikroskopskih karakteristika malignog tumora u kalupu označenom kao „5121/09“ pripada D.A. Tumorsko tkivo koje se nalazi u parafinskom kalupu označenom kao „5121/09“ ne pripada D.A.

ZAKLJUČAK: U isti parafinski kalup su greškom ubaćena dva dela tkiva - jedan deo je poticao od tkiva dojke dotične, bez znakova maligniteta, a drugi deo je poticao od intestinalnog malignog tumora neke druge osobe. Na jednoj strani ukalupljenog materijala količinski je dominiralo tkivo malignog tumora, a na drugoj strani tkivo dojke.

U ovom slučaju greška je na vreme uočena i izbegнутa je neindikovana mastektomija - D.A. je savetovano dalje ispitivanje i lekarska kontrola

Diskusija

Dosadašnja iskustva pokazala su da greške u patološkoj laboratoriji mogu nastati kako u pripremi mikroskopskih preparata, za koje patolog nije neposredno odgovoran, tako i u toku samog pregleda materijala i postavljanja dijagnoze, kada se odgovornost prevashodno vezuje za rad patologa. U tim situacijama se patolog može pojaviti kao okrivljeni u krivičnopravnom postupku, što se dogodilo u prvom prikazanom slučaju.

- Postavljanje pogrešne dijagnoze od strane patologa -

U prvom prikazanom slučaju 47-godišnjoj ženi je na osnovu kliničkog nalaza ustanovljenog u eminentnoj onkološkoj ustanovi postavljena sumnja na maligni tumor dojke („Neo mastitis“). Konzilijum za dojku odredio je da se nakon patološkohistološke verifikacije punkcionom biopsijom tumora, sprovede preoperativno zračenje, a šest nedelja potom radikalna mastektomija. U drugoj (opštoj) bolnici urađena je eksisiona biopsija tumora i patološkohistološka verifikacija ex tempore. Patolog je postavio dijagnozu kancer mastitisa (Cancer mastitis / ductale invasivum, HG-I, NG-I). Zbog takve dijagnoze izvršeno je zračenje u drugoj onkološkoj ustanovi. Po završenom zračenju ponovo je pregledana u prvopomenutoj onkološkoj ustanovi, gde je primarno i započeta dijagnostika - konzilijum za dojku je doneo odluku o vršenju mastektomije, ali operacija, zbog dugačke liste čekanja, nije izvršena u toj ustanovi već u onkološkom institutu gde je prethodno vršeno zračenje. Patološkim pregledom hirurški uklonjenog materijala sa sigurnošću je isključeno postojanje malignog tumora, a postavljena je dijagnoza tuberkuloze dojke i limfnih čvorova. Ova dijagnoza potvrđena je i ponovnim patološkim pregledom u toku obavljanja sudskomedicinskog veštacenja, izvršenog u toku krivičnog postupka protiv patologa koji je postavio pogrešnu dijagnozu malignog procesa (optužen je za krivično delo Nesaveno lečenje bolesnika). Veštaci su na kontrolni pregled dobili i ex tempore i definitivne preparate, kao i parafinske kalupe, iz opšte

bolnice u kojoj je prvi put postavljena patološka dijagnoza malignog oboljenja i na njima su postojale promene karakteristične za tuberkulozu dojke i limfnih čvorova, a isključeno je postojanje maligniteta.

Čitav postupak od momenta postavljanja sumnje na malignitet do vršenja mastektomije trajao je sedam meseci, a pacijentkinja je u tom periodu bila lećena u tri različite zdravstvene ustanove (dve onkološke institucije i jedna opšta bolnica).

Analizom ovog slučaja nedvosmisleno se zaključuje da je pogrešno postavljena dijagnoza malignog procesa bila isključivo posledica ljudskog faktora, odnosno greške patologa pri ex tempore diagnostici. Imajući u vidu činjenicu da je ovaj konkretni slučaj bio drugi po redu koji je dijagnostikovan ex tempore metodom, nakon njenog uvođenja u ovu opštu bolnicu, najverovatnije je dijagnostička greška proistekla iz nedovoljne edukovanosti i neiskustva patologa u ex tempore diagnostici. Opravданo se može postaviti pitanje zašto je u ovom slučaju uopšte rađena ex tempore diagnostika, kada je terapijski plan predviđao prvo preoperativno zračenje, pa onda mastektomiju, što znači da je bilo dovoljno vremena da se urade definitivni mikroskopski preparati koji omogućavaju nešto sigurnije postavljanje dijagnoze. Upoređivanjem rezultata mikroskopskog pregleda ex tempore i definitivnih preparata, napravljenih od 18.532 biološka uzorka, Novis i sar. su konstatovali da je u 4,6% slučajeva postavljanje dijagnoze moralno da bude odloženo do dobijanja definitivnih preparata. Za ostalih 17.357 uzoraka u 98,2% slučajeva je bez odlaganja postavljena ex tempore dijagnoza bila identična sa dijagnozom postavljenom na definitivnim preparatima, dok su u 316 slučajeva (1,8%) te dve dijagnoze bile različite.³ Istraživanjem u 461 bolnici u SAD početkom devedesetih godina prošlog veka, od ukupno 148.506 uzoraka koji su ex tempore dijagnostikovani, postavljena dijagnoza se samo u 1,42% slučajeva razlikovala od dijagnoze utvrđene na definitivnim preparatima. U 31,8% ovih slučajeva neslaganje je bilo rezultat pogrešne interpretacije ex tempore preparata od strane patologa. U našem prvprikazanom slučaju greška patologa u interpretaciji ex tempore preparata dovela je do postavljanja dijagnoze nepostojećeg malignog procesa na dojci, dok je u ovom istraživanju u SAD, od ukupnog broja slučajeva sa nepodudarnom dijagnozom, u 67,8% ex tempore diagnostikom propušteno postavljanje dijagnoze neoplazme, koja je konstatovana na definitivnim preparatima.⁴

Poseban problem u prvprikazanom slučaju predstavlja krajnje nemarno ponašanje patologa koji je mikroskopske pločice i parafinske kalupe nakon pregleda i postavljanja dijagnoze ostavio neobeležene da bi ih po sećanju obeležio tek 15 dana kasnije kada se vratio sa odmora.

Teška posledica greške patologa u ovom slučaju bilo je nepotrebno izlaganje pacijentkinje zračenju i nepotrebno vršenje mastektomije. Na nastupanje ovako teških posledica, pored očigledne dijagnostičke greške patologa, značajno je uticalo i lečenje pacijentkinje u tri različite zdravstvene ustanove, bez bilo kakve provere postavljene dijagnoze kancer mastitisa i uz odsustvo komunikacije između lekara lečilaca iz ove tri ustanove, kako međusobne, tako i sa patologom.

Prikazani slučaj upućuje na zaključak da bi prvopostavljenu patološku dijagnozu trebalo na odgovarajući način proveriti, bilo u okviru jedne zdravstvene ustanove ili u više zdravstvenih ustanova. Ta provera je naročito značajna u situacijama kada se na osnovu postavljene patološke dijagnoze vrše radikalne hirurške intervencije (mastektomija u prvom i pulmektomija u drugom prikazanom slučaju). S druge strane, provera je veoma značajna i u slučajevima u kojima se patološkom dijagnostikom negira postojanje maligniteta, jer su poznati slučajevi sa pogrešno postavljenom patološkom dijagnozom benignog tumora, pri čemu se u daljem toku pokazalo da se radilo o malignoj neoplazmi koja je dovela do smrtnog ishoda (u drugom prikazanom slučaju to se odnosi na pacijenta kome je, zbog zamene bioptičkih uzoraka, postavljena pogrešna dijagnoza granulomatoznog zapaljenja, da bi se u daljem toku klinički pokazalo i patohistološki dokazalo da boluje od karcinoma pluća, zbog kojeg je ubrzo i umro).

U radu svakog medicinskog profesionalca, pa i patologa, moguće su greške i one se praktično svakodnevno događaju. Statistički podaci o slučajevima u kojima se patolozi optužuju za nesavesno postupanje zbog neadekvatne dijagnostike mogu se naći prvenstveno u inostranoj literaturi. Troxel je analizirao 335 takvih slučajeva iz Kalifornije, iz perioda od 1998 do 2003. Utvrdio je da se više od polovine ovih slučajeva odnosi na samo četiri kategorije uzoraka i njihovu patološku dijagnostiku: tkivo dojke, melanom, Papanikolau test i ginekološki uzorci. U 63% slučajeva nesavesno postupanje se ogledalo u nedijagnostikovanju maligniteta, što je za posledicu imalo neadekvatno lečenje. Najčešće se radilo o nepostavljanju dijagnoze melanoma.^{5, 6, 7}

Komparativno istraživanje Raaba i sar. sprovedeno u četiri bolnice pokazalo je da učestalost grešaka u dijagnostici maligniteta varira od 1,79 do 9,42% u ginekološkim slučajevima i od 4,87 do 11,8% kod neginekoloških slučajeva. Međutim, nije bilo moguće utvrditi da li su ove greške nastale zbog neadekvatne dijagnoze patologa ili zbog propusta u pripremi biološkog materijala pre PH pregleda.⁸

Potrebno je naglasiti da svaka lekarska greška nema karakteristike koje je čine potencijalnim krivičnim delom prema odredbama Krivičnog zakonika Republike Srbije (u daljem tekstu KZ RS). Dakle, da bi se uopšte moglo raspravljati o tome da li neki propust lekara treba krivičnopravno sankcionisati, neophodno je dobro poznавanje zakonske materije.

U pravoprikanom slučaju krivični postupak je pokrenut protiv patologa koji je postavio pogrešnu dijagnozu kancer mastitisa, pod sumnjom da je time izvršio krivično delo koje se u to vreme zvalo Nesavesno lečenje bolesnika, a danas nosi naziv Nesavesno pružanje lekarske pomoći (član 251 KZ RS).

Nesavesno pružanje lekarske pomoći (član 251. KZ)

(1) Lekar koji pri pružanju lekarske pomoći primeni očigledno nepodobno sredstvo ili očigledno nepodoban način lečenja, ili ne primeni odgovarajuće higijenske mere ili uopšte očigledno nesavesno postupa i time prouzrokuje pogoršanje zdravstvenog stanja nekog lica, kazniće se zatvorom od tri meseca do tri godine.

Greške koje je u radu načinio patolog u pravoprikanom slučaju (očigledno pogrešno postavljanje dijagnoze maligniteta na mikroskopskim preparatima koji su nedvosmisleno ukazivali na tuberkulozu, neblagovremeno i po sećanju obeležavanje mikroskopskih pločica i parafinskih kalupa) u pravnom smislu se mogu okarakterisati kao uopšte očigledno nesavesno postupanje, kao jedan od tri vida nesavesnosti koji se krivično kažnjavaju. To podrazumeva grešku lekara koja drastično odstupa od savremenih medicinskih principa tj. grešku koja prevaziđa granice medicinske tolerancije. Druga dva vida nesavesnosti (primena očigledno nepodobnog sredstva ili očigledno nepodobnog načina lečenja i neprimenjivanje odgovarajućih higijenskih mera) ne odnose se na rad patologa, već uglavnom na postupanje lekara lečilaca.

Za postojanje krivičnog dela iz člana 251 KZ RS nije dovoljno utvrditi postojanje očigledno nesavenog postupanja lekara, već je neophodno dokazati da je to nesavesno postupanje izazvalo štetnu posledicu u vidu pogoršanja zdravstvenog stanja nekog lica. Drugim rečima, očigledno nesavesno postupanje ne može biti krivično sankcionisano bez postojanja posledice.

Iz teksta KZ RS vidi se da je za osnovni oblik ovog krivičnog dela predviđena zatvorska kazna u trajanju od tri meseca do tri godine. Međutim, ukoliko zbog očigledno nesavenog postupanja lekara dođe do teškog oštećenja zdravlja ili teške telesne povrede, odnosno do smrti jednog ili više lica, onda se takav postupak sankcioniše drugim zakonskim članom koji se naziva Teška dela protiv zdravlja ljudi, sa maksimalnom predviđenom kaznom zatvora od 12 godina.

Teška dela protiv zdravlja ljudi (Član 259. KZ)

(1) Ako usled dela iz...čl. 251...ovog zakona neko lice bude teško telesno povređeno ili mu zdravlje bude teško narušeno, učinilac će se kazniti zatvorom od jedne do osam godina.

(2) Ako je usled dela iz...čl. 251...ovog zakona nastupila smrt jednog ili više lica, učinilac će se kazniti zatvorom od dve do dvanaest godina.

Nepotrebno uklanjanje dojke u prvom opisanom slučaju, koje je bilo posledica očigledno nesavesnog dijagnostičkog postupka patologa, može se označiti kao stanje u kojem je telo teško povredeno, što bi bilo sankcionisano u prvom stavu člana 259 KZ RS, sa zaprećenom zatvorskom kaznom u trajanju do 8 godina. Međutim, u konkretnom slučaju sudske postupak je voden prema optužnici u kojoj je greška patologa bila pravno kvalifikovana kao osnovni, drugim rečima lakši, a ne teški oblik krivičnog dela.

Dokazivanje postojanja greške patologa, kao i utvrđivanje njene težine i nastalih posledica, u krivičnopravnom postupku zasniva se prvenstveno na medicinskom (sudskomedicinskom) veštačenju koje ne bi smelo biti sprovedeno bez učešća patologa. Dakle, navodne greške okrivljenog patologa razmatra i analizira drugi patolog i to u svojstvu veštaka. Patolog veštačenje može obaviti samostalno, kao pojedinac, ali u mnogim slučajevima

neophodno je angažovanje veštaka i drugih specijalnosti, pa se formiraju odgovarajuće komisije lekara veštaka. U prvom prikazanom slučaju, pored patologa, komisiju su činili sudske lekar i hirurg onkolog, dok je u drugom prikazanom slučaju za obavljanje veštačenja bilo dovoljno angažovanje patologa i sudskega lekara. U vezi sa ekspertiznom delatnošću patologa treba s jedne strane naglasiti da je svaki lekar, pa i patolog, obavezan da se odazove pozivu suda, ukoliko je pozvan kao veštak. S druge strane, patolozi koji su zainteresovani za učešće u veštačenjima mogu kroz odgovarajuću proceduru Ministarstva pravde biti imenovani za stalne sudske veštace za oblast patologije.

U prvom prikazanom slučaju, pored krivičnog postupka protiv patologa, oštećena pacijentkinja je pokrenula građanskopravni postupak tražeći odštetu zbog posledica proisteklih iz greške patologa (nepotrebno zračenje i medicinski neindikovana mastektomija), u vidu umanjenja opšte životne aktivnosti, naruženosti, pretrpljenih duševnih patnji, fizičkih bolova i straha. Pravo pacijenta na naknadu štete, koja je nastala kao posledica stručne greške zdravstvenog radnika, uključujući i greške patologa, regulisano je i Zakonom o zdravstvenoj zaštiti.

Pravo na naknadu štete Član 40. Zakona o zdravstvenoj zaštiti

Pacijent koji zbog stručne greške zdravstvenog radnika, odnosno zdravstvenog saradnika, u ostvarivanju zdravstvene zaštite pretrpi štetu na svom telu ili se stručnom greškom prouzrokuje pogoršanje njegovog zdravstvenog stanja, ima pravo na naknadu štete prema opštim pravilima o odgovornosti za štetu.

Ranije je građanskopravni postupak za naknadnu štete po pravilu bio pokretan tek posle donošenja pravosnažne presude u krivičnom postupku, što se dogodilo u prvom prikazanom slučaju. Međutim, kako su krivični postupci u našem pravosuđu u današnje vreme po pravilu izuzetno dugi, često traju i po više godina, sve češće se dešava da oštećena osoba odmah kreće u postupak ostvarivanja naknade za pretrpljenu štetu uzrokovanu medicinskom greškom, kako se to dogodilo u drugom prikazanom slučaju.

U našem društvenom sistemu za greške zdravstvenih radnika, pored krivične odgovornosti, predviđena je i profesionalna odgovornost u skladu sa odredbama Statuta i pravilnika Lekarske komore Srbije. Najteže moguće sankcije su privremeno i trajno oduzimanje licence. Licenca se privremeno oduzima ako zdravstveni radnik u obavljanju zdravstvene delatnosti načini stručnu grešku kojom se narušava, odnosno pogoršava zdravstveno stanje pacijenta, dok se licenca trajno oduzima ako je zdravstveni radnik pravosnažnom sudscom odlukom osuđen na kaznu zatvora zbog teškog krivičnog dela protiv zdravlja ljudi.

Pravilnik o bližim uslovima za izdavanje, obnavljanje ili oduzimanje licence članovima komora zdravstvenih radnika

Član 14 Zdravstvenom radniku licenca može biti oduzeta privremeno ili trajno.

Član 15 Nadležna komora zdravstvenom radniku privremeno oduzima licencu:

3) ako zdravstveni radnik u obavljanju zdravstvene delatnosti načini stručnu grešku kojom se narušava, odnosno pogoršava zdravstveno stanje pacijenta;

5) ako je pravosnažnom sudscom odlukom zdravstveni radnik osuđen za krivično delo koje ga čini nedostojnim za obavljanje profesije zdravstvenog radnika;

Član 16 Zdravstvenom radniku nadležna komora trajno oduzima licencu ako je pravosnažnom sudscom odlukom osuđen na kaznu zatvora zbog teškog krivičnog dela protiv zdravlja ljudi.

U drugom sudscom postupku, koji je još uvek aktuelan, ponovila se slična situacija kao u prvom prikazanom slučaju, ali se radilo o postavljanju pogrešne dijagnoze karcinoma prostate, zbog čega je 56-godišnjem pacijentu izvršena radikalna prostatektomija. Ponovljenim pregledom mikroskopskih preparata od strane stručnih konsultanata patologa, angažovanih od strane oštećenog, kao i od strane veštaka patologa, koji je sa sudsksim lekarom i urologom bio član ekspertizne komisije Instituta za sudske medicinu u Beogradu, negirana je dijagnoza invazivnog karcinoma prostate. I u tom slučaju vodi se i krivičnopravni postupak protiv patologa i građanskopravni postupak za dobijanje odštete.

- Zamena bioptičkog materijala -

U drugom prikazanom slučaju veštačenjem je na osnovu analize svih podataka iz predmetnih spisa i medicinske dokumentacije, uključujući i podatke o kliničkim manifestacijama, a prvenstveno na osnovu vršenja DNK analize, utvrđeno da je pogrešna dijagnoza karcinoma pluća nastala kao rezultat zamene bioptičkog materijala, uzetog od dva pacijenta kod kojih je bronhoskopija suksesivno izvršena. U literaturi se navodi da učestalost patoloških dijagnostičkih grešaka kod pacijenata sa tumefakcijom u plućima iznosi i do 15%.⁹ Međutim, u prikazanom slučaju patolog koji je dao patološkohistološku dijagnozu u suštini nije napravio nikakvu grešku jer je ispravno dijagnostikovao ono što je video na mikroskopskom preparatu, kod jednog pacijenta planocelularni karcinom, a kod drugog granulomatozno zapaljenje.

U ovom slučaju greška je najverovatnije nastala prilikom stavljanja bioptičkog materijala u odgovarajuću posudu i njenom obeležavanju. Preciznim utvrđivanjem postupka koji se u konkretnoj zdravstvenoj ustanovi vrši i identifikovanjem osobe koja obavlja pripremu materijala za transport i njegovo obeležavanje, može se doći do odgovara na pitanje ko je bio odgovoran za zamenu bioptičkog materijala - lekar koji je radio bronhoskopsiju, neko od njegovih saradnika ili eventualno neko lice u patološkoj laboratoriji koje je učestvovalo u pravljenju mikroskopskih preparata od dostavljenog bioptičkog materijala.

Treba pomenuti da iako krivično delo iz člana 251 KZ RS nosi naziv Nesavesno pružanje lekarsko pomoći, u stavu 2 ovog člana predviđeno je i zakonsko sankcionisanje očigledno nesavesnog postupanja drugih zdravstvenih radnika, uključujući i medicinsko osoblje u patološkoj laboratoriji.

Nesavesno pružanje lekarske pomoći (član 251. KZ)

(2) Kaznom iz stava 1. ovog člana kazniće se i drugi zdravstveni radnik koji pri pružanju medicinske pomoći ili nege ili pri vršenju druge zdravstvene delatnosti očigledno nesavesno postupa i time prouzrokuje pogoršanje zdravstvenog stanja nekog lica.

U drugom prikazanom slučaju nije vođen krivični postupak, a pacijent kome je nepotrebno uklonjeno celo plućno krilo pokrenuo je građanskopravni postupak i tražio odštetu od bolnice u kojoj mu je postavljena pogrešna dijagnoza karcinoma pluća.

Prikazani slučaj upućuje na zaključak da je u današnje vreme relativno lako pouzdano dokazati zamenu bioptičkog materijala. Najsavremeniji dijagnostički metod koji se može primeniti u ekspertiznom postupku provere porekla biološkog materijala je DNK analiza. Praksa je pokazala da je utvrđivanje DNK profila, kako normalnog, tako i tumorskog tkiva, moguće ne samo iz uzorka koji se nalazi u parafinskom kalupu, već i iz minimalne količine biološkog materijala na mikroskopskoj pločici.

Da bi se postavljena patološka dijagnoza mogla proveriti u okviru eventualnog kasnijeg veštačenja, neophodno je da se odgovarajući materijal (mikroskopske pločice i parafinski kalupi sa ostatkom tkiva koje nije isećeno pri pravljenju mikroskopskih pločica) sačuvaju u patološkoj laboratoriji,² a kada se izdaju, bilo na zahtev stranke ili suda, to uvek mora biti propraćeno odgovarajućim reversom, sa detaljnim opisom materijala koji je izdat, kao i potpisom osobe koja je izdala i osobe koja je preuzeila materijal.

Slično kao u prvopričazanom slučaju, ni kod pacijenta kome je urađena pulmektomija pre hirurškog uklanjanja plućnog krila nije bila proverena dijagnoza karcinoma pluća, postavljena od strane patologa, tako da je tek makroskopskim i mikroskopskim pregledom hirurški odstranjeno biološko materijala (plućnog krila i limfnih čvorova) isključeno postojanje maligniteta, a utvrđena sarkoidoza. Jedna od mogućnosti provere je da se i pored dijagnoze maligniteta utvrđene na definitivnim preparatima, u toku operacije uradi biopsija ex tempore. U drugopričazanom slučaju to nije učinjeno jer navodno aparatura za ovu dijagnostiku nije bile ispravna. Pored toga, hirurg koji je izvršio pulmektomiju izjavio je pred sudom da je intraoperativni nalaz u potpunosti odgovarao postavljenoj dijagnozi maligniteta, što je čudno kada se ima u vidu činjenica da patolog pregledom hirurški uklonjenog plućnog krila i limfnih čvorova nije opisao makroskopske znake karcinoma pluća. Već u sledećoj rečenici svoje izjave hirurg negira ono što je prethodno rekao o ubedljivom operativnom nalazu karcinoma. Naime, on izjavljuje: „moguće je da je tužilac imao dva oboljenja i karcinom i sarkoidozu, postoji mogućnost da je prilikom bronhoskopije upravo izvršena analiza u delu bronhija koje su

zahvaćene karcinomom, a da u definitivnoj patohistološkoj analizi to nije viđeno. Teoretski postoji mogućnost da se karcinom u malom obimu nalazio u nekoj maloj bronhiji koja se u postoperativnoj analizi nije mogla videti i izdvojiti na analizu“. Opravdano se postavlja pitanje kako je to navodni karcinom prisutan u malom obimu u nekoj maloj bronhiji dao tako ubedljiv operativni nalaz da za hirurga nije bilo sumnje da se radi o karcinomu. Drugačije rečeno, pacijent je imao sarkoidozu, ali navodno istovremeno i karcinom, ali tako mali da je biopsijom potpuno uklonjen, te stoga nije mogao biti dijagnostikovan postoperativnim patološkim pregledom ukljenjenog plućnog tkiva. Nažalost, ovu mogućnost, koju je pomenuo hirurg, a koja očigledno nije potkrepljena nikakvim medicinskim činjenicama, podržao je u svojoj izjavi i patolog koji je postavio dijagnozu karcinoma pluća kod oštećenog. Ovakva besmislena i medicinski neosnovana objašnjenja, koja su dali hirurg i patolog, očigledno su imala za cilj da se negira odgovornost medicinskih radnika i zdravstvene ustanove za nepotrebno urađenu pulmektomiju. Ovakvo ponašanje je sa etičkog stanovišta nekorektno prema pacijentu, naročito kada je medicinski propust očigledan i sa sigurnošću dokazan veštačenjem. Korektno je da lekari i drugi zdravstveni radnici priznaju dokazanu grešku i pokušaju da na odgovarajući načen obeštete pacijenta, bilo preko zdravstvene ustanove ili putem osiguranja, što danas postaje sve aktuelnije.

I u prvom i u drugom prikazanom slučaju nastale dijagnostičke greške i njihovo neispravljanje delom su bili uslovljeni lošom ili preciznije rečeno potpuno nepostojećom komunikacijom između patologa i lekara lečilaca.² Naime, logično je očekivati da bi lekar lečilac, kada za jednog pacijenta dobije patološku dijagnozu oboljenja koja se ne uklapa u ustanovljenu kliničku sliku, trebalo da proveri o čemu se radi, najbolje kroz direktnu komunikaciju sa patologom. Nažalost, to je nemoguće ako se patološka dijagnoza utvrdi u jednoj, a lečenje i hirurška intervencija u drugoj zdravstvenoj ustanovi, kako je to bilo i u prvom i u drugom prikazanom slučaju.

U radu Nakhleha i sar. navodi se da je u izvesnom broju slučajeva, a u cilju pouzdanog postavljanja dijagnoze i za patologa značajno da dobije dodatne kliničke informacije od lekara lečilaca, naročito u hirurškoj patologiji. Istraživanje je sprovedeno u 341 laboratoriji (od toga 322 u SAD), u kojima je od ukupno 5594 slučajeva u 0,73% bilo neophodno pribavljanje dodatnih kliničkih podataka za postavljanje patološke dijagnoze. Od ukupnog broja slučajeva u kojima su traženi dodatni podaci, u 59,4% oni su potvrđili inicijalno postavljenu dijagnozu, u 25,1% te informacije nisu bile relevantne za patološku dijagnozu, dok su u 6,1% slučajeva one dovele do bitne promene primarno postavljene dijagnoze.¹⁰

- Mešanje tkiva od različitih osoba –

U trećem prikazanom slučaju dokazano je da je greška pri postavljanju patološke dijagnoze karcinoma dojke, u materijalu uzetom biopsijom celokupno uklonjene tumefakcije, nastala kao rezultat mešanja tkiva od dveju različitih osoba u jednom parafinskom kalupu. Naime, na jednoj mikroskopskoj pločici bilo je prisutno tkivo dojke, a pored njega i to sasvim jasno ograničeno i bez znakova invazivnog urastanja, tkivo papilarnog mucinoznog karcinoma. Već sam mikroskopski izgled dva potpuno jasno odvojena tipa tkiva, koja se dodiruju samo u jednoj liniji, trebalo je da kod patolog pobudi sumnju da nešto nije u redu. Drugi propust patologa sastoji se u tome što je šest mikroskopskih preparata, označenih brojevima od 5117 – 5122, zajednički opisao, umesto da svaki od prepata posebno opiše i navede odgovarajuću patohistološku dijagnozu. Zbog ovog propusta, iz njegovog PH nalaza nije se moglo sagledati da li je karcinom prisutan na svih 6 mikroskopsih preparata ili samo na nekim od njih. Revizijom od strane patologa onkološkog instituta, koja je izvršena uz primenu standardnog HE bojenja, kao i odgovarajućih histohemijskih i imunohistohemijskih tehniku, utvrđeno je da na 5 pločica nema znakova maligniteta, dok su samo na jednom (B-5121/09) bila prisutna dva preseka tkiva, od kojih jedan čini deo epiderma očuvane morfologije ispod i oko koga se pruža tumorska masa izgrađena od pseudoglandularnih struktura i obilne količine ekstracelularnog mucina, a drugi deo čini displazno tkivo dojke. Ono što se očigledno nije uklapalo u konkretni slučaj, koji se odnosi na navodni karcinom dojke, bio je zaključak da opisano tumorsko tkivo morfološki, histohemijski i imunohistohemijski odgovara mucinoznom karcinomu intestinalnog porekla. Patolog je signalizirao da bi zbog ove očigledne nelogičnosti ustanovljenu PH dijagnozu trebalo uskladiti sa kliničkim podacima.

Ono što bi se moglo okarakterisati kao izvestan propust patologa koji je izvršio reviziju preparata je neuočavanje nelogičnog prisustva epiderma na mikroskopskom preparatu, pri čemu je bilo poznato i u medicinskoj dokumentaciji navedeno da je tumefakcija izvađena iz dubine dojke, bez zahvatanja kože. Dakle, pri postavljanju patološkohistološke dijagnoze značajno je da patolog bude dobro upoznat sa podacima iz medicinske dokumentacije, naročito o tome koji je materijal uzet biopsijom i sa kog mesta.

Konzilijum za primarni tumor je samo na osnovu postavljene PH dijagnoze karcinoma na jednom od šest mikroskopskih preparata preporučio ispitivanje digestivnog trakta u cilju traženja ishodišta neoplazme, što je u daljem toku i urađeno u bolnici u kojoj je ranije izvršena biopsija dojke. Međutim, kompjuterizovanom tomografijom abdomena i karlice ustanovljen je uredan nalaz, bez znakova prisustva malignog tumora. I pored toga na otpusnoj listi je navedena medicinski vrlo nelogična, bolje reći veoma diskutabilna dijagnoza karcinoma creva sa metastazama u levoj dojci („CA intestinalis meta in mamma l. sin.“). Srećom po ženu i očuvanje njene leve dojke, ona je odlučila da potraži pomoć u Institutu za sudske medicinu u Beogradu, gde je komisija koju su sačinjavali patolog, sudska lekar i molekularni biolog sprovedla postupak provere, koji je detaljno opisan u prikazu slučaja, a u kojem je, pored mikroskopske dijagnostike, presudnu ulogu imala DNK analiza. Proverom je dokazano da tkivo dojke iz parafinskih kalupa i sa mikroskopskih pločica potiče od žene koja je tražila proveru, dok deo biološkog materijala na mikroskopskoj pločici, sa patohistološkim karakteristikama maligniteta, uopšte ne potiče od dotične, odnosno od tkiva koje je uzeto biopsijom iz njene leve dojke.

Mogućnost nastanka kontaminacije parafinskih kalupa i mikroskopskih pločica stranim tkivom opisana je i analizirana u literaturi. Gephardt i Zarbo su izvršili istraživanje u 275 hirurških patoloških laboratorijskih ustanova iz severne Amerike. Pregledano je 321.757 preparata u prospektivnoj i 57.083 u retrospektivnoj studiji. Prisustvo stranog biološkog materijala, odnosno kontaminanta, utvrđeno je u 0,6% (2074) preparata u prospektivnoj i 2,9% (1653) u retrospektivnoj studiji. Od ukupnog broja kontaminiranih preparata, strano tkivo se sastojalo od neoplazme u 12,7% u prospektivnoj i u 6,0% u retrospektivnoj studiji. O kontaminaciji na mikroskopskoj pločici radilo se u 59,4% slučajeva iz prospektivne i 72,9% iz retrospektivne studije, dok je u ostalim slučajevima došlo do kontaminacije u parafinskim blokovima. Pouzdano je utvrđeno da je strano tkivo poticalo od druge osobe u 63,2% slučajeva iz prospektivne i 48,5% iz retrospektivne studije.⁴

U trećem prikazanom slučaju, i pored očigledne i potencijalno veoma opasne greške u patološkoj diagnostici, koja je mogla dovesti do nepotrebognog hirurškog uklanjanja praktično zdrave dojke, nije bilo osnova za pokretanje krivičnog postupka iz prostog razloga što načinjena greška, odnosno očigledno nesavesno postupanje, nije uzrokovalo pogoršanje zdravstvenog stanja pacijentkinje, a što je sa pravnog aspekta neophodno da bi postojalo krivično delo Nesavesno pružanje lekarske pomoći. Drugim rečima, zdravstvene radnike je od potencijalne krivične odgovornosti oslobođila sama pacijentkinja, koja je posumnjala u postavljenu dijagnozu i samoinicijativno pokrenula postupak provere dijagnoze karcinoma.

Zaključak

Iako slučajevi u kojima se raspravlja o greškama u radu patologa nisu tako čest predmet zakonskog razmatranja i sankcionisanja, kao što su to propusti lekara lečilaca, ipak patolozi moraju biti sa njima upoznati jer se na osnovu analize tri prikazana slučaja nedvosmisleno zaključuje da greške patologa mogu imati teške posledice po zdravstveno stanje, a nekad i po život pacijenta.¹¹ Kod nas je za takve greške predviđeno krivično sankcionisanje, sa mogućim višegodišnjim zatvorskim kaznama, u skladu sa odredbama KZ RS. Pored toga, patolozi zbog načinjenih grešaka mogu i profesionalno odgovarati prema propisima Lekarske komore Srbije, sa mogućim trajnim gubitkom licence u slučajevima najtežih grešaka koje uzrokuju ozbiljne posledice kod pacijenata.

Svakako je nemoguće da se greške u radu potpuno izbegnu, ali treba nastojati da se njihov broj svede na najmanju moguću meru. To se može ostvariti striktnim poštovanjem principa savremene patološke dijagnostike, za koje je neophodna kontinuirana edukacija o novim dijagnostičkim metodama, kao i kritičnost prilikom njihove praktične primene. Neophodno je obezbediti dobru organizaciju rada u patološkoj laboratoriji, koja, pored ostalog, podrazumeva ažurnost u obeležavanju mikroskopskih preparata i parafinskih kalupa. Detaljno

opisivanje svakog pojedinog preparata i dobra dokumentacija o izvršenim patološkim pregledima se, naravno, podrazumevaju.^{12,13} Za slučajeve eventualnog kasnjeg veštačenja ispravnosti prethodno postavljenih dijagnoza, važno je čuvati pregledani materijal, koji se, ukoliko to sud zahteva, mora predati uz odgovarajući revers.

Ukoliko je moguće, trebalo bi obezbediti proveru primarno postavljene patološke dijagnoze, naročito kada se radi o teškim i potencijalno smrtonosnim (prvenstveno malignim) oboljenjima. U nekim slučajevima za patologa su značajne detaljne kliničke informacije o pacijentu, njegovom oboljenju i stanju, a nekada direktna saradnja sa lekarima lečiocima može bitno doprineti postavljanju tačne dijagnoze.

Sa etičkog aspekta značajno je priznati grešku, naročito kada je ona nedvosmisleno objektivno dokazana, a ne prikrivati je, naročito ne upotrebom nekih nelogičnih i medicinski neosnovanih i neprihvatljivih objašnjenja. Blagovremeno uočavanje i priznavanje greške može u nekim slučajevima omogućiti njeno ispravljanje i izbegavanje štetnih posledica kod pacijenta, a istovremeno stvara uslove da pacijent koji je zbog te greške pretrpeo štetu u vidu oštećenja zdravlja ili gubitka nekog dela tela, bude na odgovarajući način obeštećen.

Literatura

1. Savić S. Krivična dela u vezi sa obavljanjem lekarske delatnosti. *Materija Medica* 2010; 26(1):43-51.
2. Ong BB, Looi LM. Medico-legal aspects of histopathology practice. *Malays J Pathol* 2001; 23(1):1-7.
3. Novis DA, Gephardt GN, Zarbo RJ. Interinstitutional comparison of frozen section consultation in small hospitals: a College of American Pathologists Q-Probes study of 18,532 frozen section consultation diagnoses in 233 small hospitals. *College of American Pathologists. Arch Pathol Lab Med* 1996; 120(12):1087-93.
4. Gephardt GN, Zarbo RJ. Extraneous tissue in surgical pathology: a College of American Pathologists Q-Probes study of 275 laboratories. *Arch Pathol Lab Med* 1996; 120:1009-14.
5. Troxel DB. Medicolegal aspects of error in pathology. *Arch Pathol Lab Med* 2006; 130(5):617-9.
6. Troxel DB. An insurer's perspective on error and loss in pathology. *Arch Pathol Lab Med* 2005; 129(10):1234-6.
7. Troxel DB. Trends in pathology malpractice claims. *Am J Surg Pathol* 2012; 36(1):e1-5.
8. Raab SS, Grzybicki DM, Janosky JE, Zarbo RJ, Meier FA, Jensen C, Geyer SJ. Clinical impact and frequency of anatomic pathology errors in cancer diagnoses. *Cancer* 2005; 104(10):2205-13.
9. Raab SS, Meier FA, Zarbo RJ, Jensen DC, Geisinger KR, Booth CN, Krishnamurti U, Stone CH, Janosky JE, Grzybicki DM. The „Big Dog“ effect: variability assessing the causes of error in diagnoses of patients with lung cancer. *J Clin Oncol*. 2006; 24(18):2808-14.
10. Nakhleh RE, Gephardt G, Zarbo RJ. Necessity of clinical information in surgical pathology. *Arch Pathol Lab Med* 1999; 123(7):615-9.
11. Novis DA. Detecting and preventing the occurrence of errors in the practices of laboratory medicine and anatomic pathology: 15 years' experience with the College of American Pathologists' Q-PROBES and Q-TRACKS programs. *Clin Lab Med* 2004; 24(4):965-78.
12. Leong AS, Braye S, Bhagwandin B. Diagnostic „errors“ in anatomical pathology: relevance to Australian laboratories. *Pathology* 2006; 38(6):490-7.
13. Raab SS. Improving patient safety by examining pathology errors. *Clin Lab Med* 2004; 24(4):849-63.