

**Edita Abrukauskienė, Dainoras Abrukauskas**  
Bitininkų g. 1c – 46, LT-08018 Vilnius  
Mob.: 8 ~ 616 70 504 (Edita), 8 ~ 687 20 466 (Dainoras)  
[www.rugile.com](http://www.rugile.com)

**Valstybinei medicinos Audito inspekcijai**  
Šiltnamių g. 29, Vilnius

**PRAŠYMAS**  
2004-08-02  
Vilnius

**Mūsų duktė Rugilė Abrukauskaitė gimė 2000 lapkričio 6 d.**

**2002-08-23** aš, Edita Abrukauskienė, pastebėjau gužą kryžkaulio srityje. Prieš tai Rugilė apie du mėnesius apsunkintai tuštinosi.

**2002-08-26** mes, kreipėmės į Panevėžio ligoninės priėmimo skyrių. Rugilė apžiūrėjo gydytojas A.Šukys. Buvo paguldyta į vaikų chirurgijos skyrių.

**2002-08-27** Panevėžyje atlikta dubens KT (kompiuterinė tomografija): 48x50 mm mažajame dubenyje darinys priglundęs prie kryžkaulio, rectum ampulė paspausta, šlapimo pūslė dislokuota į priekį.

**2002-08-28** Rugilė konsultuojama Respublikinėje Vilniaus Universitetinėje ligoninėje. Gyd.L.Dulksnienė. Paguldyta į I chirurgijos skyrių. (skyriaus vedėjas – chirurg. S.Maknavičius).

**2002-08-28** Echoskopiškai: Dubenyje, giliau už šlapimo pūslės bei tiesiosios žarnos apie 60 mm kietas, homogeniškas ribotas vaskuliarizuotas darinys. (echoskopuotojas gyd.A.Čekuolis).

Esant tokiai diagnozei buvo pradėtas gydymas.

Toliau pateiksime duomenis iš ligos istorijos ir savo pastabas, kurios mūsų nuomone sudaro pagrindą atlikti tyrimą, dėl padarytų klaidų Rugilės gydyme.

<i>Data</i>	<i>Ligos istorijoje nurodyta eiga</i>	<i>Pastabos</i>
<b>2002-08-29</b>	<b>Operacija:</b> Navikas gausiai vaskuliarizuotas, turi storą solidinį išorinį sluoksnį, viduje suirusios masės (pašalintos). Išorinis naviko sluoksnis peraugęs tiesiąją žarną, užpakalinį retroperitoninį tarpą iki promantorium, peraugęs sėdmenų raumenis, kryžkaulio antkaulį. Pradėjo gausiai kraujuoti, hemostazė. Toliau tęsti operacijos negalėjome. Preliminarinė histologinė diagnozė – germinatyvinis piktybinis navikas. (skyriaus vedėjas – chirurg. S.Maknavičius)	
<b>2002-08-29</b>	<i>Patologijos diagnozė:</i> Trynio maišo	

	navikas.	
2002-09-09	Perkelta į RVUVL onkohematologijos skyrių.  Pradedama chemoterapija pagal JEB schemą: Carboplatin 300 mg į v.inf. 1 d.; Etoposide po 60 mg į v.inf. per dieną 3 d.; Bleomycin 7,5 mg į v. inf. 1 d. Kursas karojamas kas tris savaites.	
2002-09-09	AFP (alfa fetoproteinas): 2295,7 nmol/l;	
2002-10-02	AFP: 330 nmol/l	
2002-10-24	AFP: 9,08 nmol/l	
2002-11-06	Dubens KT: Lyginant su ankstesne KT (2002-08-27) ryškiai teigiama dinamika. Darinys žymiai sumažėjęs. Dabar matyti netaisyklingos formos, nevisai aiškių ribų, minkštųjų audinių densiškumo, pakankamai homogeniškas, į kontrastą reaguojantis vangiai, apie 20 mm dydžio darinys. Jis prigludęs prie uodegikaulio iš vidinės pusės, kiek deformuoja tiesiąją žarną iš kairės ir leidžiasi žemyn į minkštuosius audinius: į sėdmenų sritį kairėje, siekia m. gluteus maximus sin. iš vidinės pusės.	
2002-11-	Echoskopiškai: <i>Kryžmens srityje papildomų darinių nesimato</i> (echoskopuotojas gyd. A. Stukas)	<b>Mūsų turimoje ligos istorijos kopijoje tokio įrašo nėra, bet tai pažymėta konsiliumo išvadoje (2002-11-12)</b>
2002-11-12	Konsiliumas su doc. L. Rageliene, sk. vedėju A. Savinu, gyd. S. Maknavičiumi  Ligonės būklė po 3-jų JEB chemoterapijos kursų yra labai pagerėjusi: išnyko apsunkinta defekacija. <i>Echoskopiškai kryžmens srityje papildomų darinių nesimato, o KT duomenimis navikas sumažėjo iki 20 mm.</i> Gyd. chirurgo S. Maknavičiaus nuomone (atlikus tyr. per rectum bei įvertinus turimų tyrimų duomenis) <i>operacija bus atliekama daugiau dėl revizijos naviko, o ne rezekcijos, kadangi navikas labai redukovosi. Bendrai nutarta ligonei atlikti planinę operaciją 2002-11-18.</i>	
2002-11-19-20	Echoskopiškai: <i>Kryžmens srityje matomas papildomas 20 mm darinys.</i> (echoskopuotojas gyd. A. Čekuolis) Echoskopuotojas gyd. A. Čekuolis matė	<b>Jau prieš antrą operaciją vyko ginčai – kas ką mato. Chirurg. S. Maknavičius teigė, kad echosk. gyd. A. Čekuolis mato</b>

	darinį dieną prieš operaciją ir išvalius žarnyną operacijos dienos ryte. Įrašai yra chirurginio skyriaus užvestoje ligos istorijoje.	<i>išmatas. Todėl pakartotinai buvo echoskopuota operacijos ryte, kai žarnynas išvalytas. Ir tą kartą gyd. A. Čekuolis patvirtino, kad mato darinį.</i>
2002-11-20	<b>II operacija (ligos istorijoje teigiama):</b> Odos fistulė vedė prie naviko likučių retroperitoniniame tarpe. Naviko likučiai pašalinti. Komplikacijų nebuvo. (skyriaus vedėjas – chirurg. S.Maknavičius)	
2002-11-20	<i>Patologijos diagnozė:</i> Fistulės kanalo audiniai. Minkštųjų audinių fragmentai. Navikinių ląstelių nerasta.	<i>Mes esame įsitikinę, kad darinys nebuvo pašalintas.</i>
2002-12-03	<i>Perkelta į RVUVL onkohematologijos skyrių.</i> Pradedamas IV JEB chemoterapijos kursas.	
2002-12-31	Echoskopiškai:	<i>Iškilo abejonės ar Rugilė buvo prieš išleidžiant remisijai tirta net ir echoskopškai. Šio įrašo mūsų turimoje ligos istorijos kopijoje mes neradome.</i>  <i>Jei iš tiesų buvo alikta echoskopija, tai tikrai ją atliko echosk. gyd. A. Stukas. (žr. pastabos 2003-04-16)</i>
2002-12-31	Baigta visa chemoterapija – 5 JEB chemoterapijos kursai. Toleravo patenkinamai. Vertinant objektyvius, vaizdinius bei laboratorinius tyrimus, atliktus tiek gydymo eigoje, tiek ir po gydymo, vertinama, kad gauta pilna remisija, todėl klin. diagnozė koreguojama (t.y. papildoma): - Germinatyvinių ląstelių navikas: trynio maišo navikas, III st., remisija. Rekomenduojama atvykti kontrolei po 3 mėnesių.	<b>1 epizodas, kuris mums kelia abejones. Mūsų klausimas pateikiamas žemiau.</b>
2002-12-31	AFP: 0,22 nmol/l	
2003-04-16	Rugilė atvyko planinei kontrolei po 3 mėnesių.	
2003-04-16	Echoskopiškai: Kepenų DS dydis 72 mm, audinys tolygus. Kiti pilvo organai, inkstai, šlapimo pūslė be echoskopinių pakitimų. Papildomų darinų mažajame dubenyje, kryžmens srityje nematau. (echoskopuotojas gyd. A. Stukas)	<i>Prieš II operaciją: echoskop. A. Stukas nemato darinio – KT mato.</i>  <i>Kontrolė: echoskop. A. Stukas 2 darinių nemato – KT (atlikta tą pačią dieną) mato. (2003-04-16)</i>
2003-04-16	Dubens KT: Lyginant su 2002-11-06 atlikta	

	KT – dinamika neigiama. Ties kryžkauliu, uodegikauliu, iš vidinės pusės matyti du susiliejęs su kalcinatais, minkštųjų audinių densiškumo, aiškiai riboti, nehomogeniški 21,3 x18,2x18,7 mm dešinėje ir 17,9x16x21,2 mm kairėje dariniai. Dešinysis ypač deformuoja rectum. Kaulų destruktijos nesimato. Plaučių KT: metastazių nesimato.	
2003-04-17	Echoskopiškai: Dubenyje giliai dešinėje apie 30mm solidinis mazgas su kalcinatais. Mazgas liečiasi su gimda ir tiesiąja žarna. Kepenų, kasos, blužnies, inkstų patologijos, papildomų darinių kitose pilvo dalyse neradau. (echoskopuotojas gyd. A. Čekuolis)	
2003-04-17	Vaikų chirurgo apžiūra: Pilvas minkštas, neskausmingas, guzų nepračiuopiu, kepenys ir blužnis nepadidėjusios. Per rectum – 5 cm gylyje iš kryžkaulio pusės pračiuopiu riešuto dydžio mazgą, nelygiu paviršiumi. Recidyvas. Reikalinga operuoti ilgai nelaukiant. (skyriaus vedėjas – chirurg. S.Maknavičius)	
2003-04-22	AFP: 74,25 nmo/l	
2003-04-23	<b>III operacija:</b> Rezekuotas uodegikaulis, atstūmus tiesiąją žarną, surastas griūvantis navikinis darinys, kuris pašalintas. Pašalintas ir limfmazgis, rastas ant tiesiosios žarnos. Tiesioji žarna nepažeista. (skyriaus vedėjas – chirurg. S. Maknavičius)	
2003-04-23	<i>Patologijos diagnozė:</i> Nr.1 - fibroraumeninio, riebalinio, kremzlinio audinio fragmentai be navikinio augimo (uodegikaulis) Nr.2 - trynio maišo navikas minkštuosiuose audiniuose be plitimo į limfmazgius.	
2003-04-30	Echoskopiškai: Giliai dubenyje už šlapimo pūslės ir tiesiosios žarnos apie 30 mm mazgas parenchiminės konsistencijos, gerai ribotas. (echoskopuotojas gyd. A. Čekuolis)	<i>Visą laikotarpį nuo 2003-04-30 iki 2003-10-08 chirurgas S. Maknavičius teigė, kad echoskopuotojas A. Čekuolis bei radiologai klysta įvertindami vaizdinius tyrimus: ten matomi pooperaciniai randai, o ne darinys. Jis darinį radikaliai pašalino. Tai, chirurg. S. Maknavičius, patvirtina įrašu „naviko</i>

		<i>recidyvinių mazgų neprachuopiu. Indikacijų operacijai nerandu“ - 2003-09-05</i>
<b>2003-05-08</b>	Echoskopiškai: Darinys dubenyje dešinėje nuo rectum, vaizdas be žymesnės dinamikos. (echoskopuotojas gyd. A. Čekuolis)	
<b>2003-05-19</b>	Echoskopiškai: Mazgas dubenyje nepakito, nei dydžiu, nei struktūra. Daugiau mazgų pilve ar padidėjusių limfmazgių neradau. (echoskopuotojas gyd. A. Čekuolis)	
<b>2003-05-19</b>	<i>Perkelta į RVUVL onkohematologijos skyrių.</i>	
<b>2003-05-20</b>	Dubens KT: Šalia rectum matyti keli 23,2x31,7x34,0 mm ir 27,8x20,6 mm dydžio nehomogeniški, tarsi susilieję, minkštųjų audinių densiškumo, į kontrastą netolygiai reaguojantys, pakankamai aiškiai riboti mazgai. Kaulų destruktijos nematau. Yra ryški remtum deformacija. Matomas ir kalcinatas. Lyginant su KT ( 2003-04-16) be žymesnės dinamikos.	
<b>2003-05-21</b>	AFP: 163,42 nmol/l	
<b>2003-05-21</b>	Chemoterapija VIP:  Ifosfamide po 660 mg į v.inf. per dieną 5 d. su Mesna. Cisplatin po 10 mg į v.inf. per dieną 5 d. Etoposide po 40 mg į v.inf. per dieną 5 d. Kursas karojamas kas tris savaites.	
<b>2003-06-11</b>	AFP: 80,05 nmol/L	
<b>2003-07-08</b>	Dubens KT: Lyginant su KT (2003-05-20) dinamika teigiama. Tačiau tarp kryžkaulio - uodegikaulio, tiesiosios žarnos matyti minkštųjų audinių densiškumo, nehomogeniški, su kauliniu fragmentu (kalcinatu?) saikingai reaguojantys į kontrastą, sudaryti tarsi iš kelių mazgų – dešinėje 10,8x17,3 mm, kairėje 22,0x11,6 mm dydžio, vietomis “suveltais“ kontūrais dariniai. Išlieka tiesiosios žarnos deformacija iš dešinės – nugarinės pusės. Kryžkaulio apatinė dalis kiek asimetriška, šalia matyti atskiras hiperdensinis (kaulinis) židinukas, kuris susijęs su dariniu.	
<b>2002-07-08</b>	AFP: 2,56 nmol/l; LDH 721 u/L	
<b>2002-08-01</b>	Dubens KT: Lyginant su KT (2003-07-08) be ryškios dinamikos. Mažajame dubenyje,	

	<p>tarp kryžkaulio - uodegikaulio ir tiesiosios žarnos matyti minkštųjų audinių tankio, su kalcinatais, nevisai aiškių ribų 14,6x20,3 mm kairėje ir 11,0x17,1 mm dešinėje dydžio dariniai.</p>	
<b>2003-08-04</b>	AFP: 0,75 nmol/l	
<b>2003-08-08</b>	Pravesti 4 VIP chemoterapijos kursai.	
<b>2003-08-26</b>	<p>Atvykome planinei chemoterapijai.</p> <p>Įrašas: 13.00 Tėvai savo iniciatyva nori konsultuoti Kauno klinikose su gyd.chirurgais, radiologais, kurie pageidauja, kad dubens KT būtų atlikta Kaune. Tėvams prašant ligonė išrašoma į namus, o chemoterapija atidedama savaitei.</p>	<p><i>Savo iniciatyva išvykome į KMU konsultacijai, nes nuo 2003-04-30 nevyko dialogų tarp onkologų ir chirurgo S. Maknavičiaus, dėl situacijos įvertinimo iškart po 3 operacijos (echosk. gyd. A. Čekuolis 2003-04-30 praėjus tik savaitei, po operacijos, mato darinį) bei tolimesnio dukrelės gydymo.</i></p> <p><i>Mes buvome susirūpinę nes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visą laikotarpį, nuo 3 operacijos, paklausus onkohematologų ar dukrelė turi darinį gaudavome teigiamą atsakymą, o pasiteiravus chirurgo S. Maknavičiaus – neigiamą, ten likę tik randai. Gyd. onkohematologė V. Daugelavičienė jau prieš 3 - aji chemoterapijos kursą teigė, kad citostatikų dozės jau peržengę suminę ribą ir Rugilei gresia negrįžtamos komplikacijos.</li> <li>- Onkohematologai buvo numatę ir toliau tęsti chemoterapiją.</li> </ul>
<b>2003-08-28 iki 2003-09-01</b>	<p>Konsultacija KMUK, vaikų chirurgijos skyriuje. Konsultavo chirurgas med. dr. V. Barauskas, radiologas A. Basevičius. Rugilei buvo atlikta KT. Išvadoje plačiai apibūdinamas darinys bei jo lokalizacija.</p>	<p>Išvados kopiją atidavėme gyd. V. Daugelavičienei, o originalas liko KMUK.</p>
<b>2003-09-04</b>	<p>Konsiliumas, kuriame dalyvavo doc. L. Ragelienė, skyriaus vedėjas A. Savinas, chirurginio skyr. vedėjas S. Maknavičius, gyd. A. Ulys, rentgenologė gyd. E. Stašienė, echoskopuotojas gyd. A. Čekuolis, kiti gydytojai.</p> <p>Įvertinus ligos recidyvuojančią eigą, laikiną</p>	<p><i>Konsiliumo išvadoje ligos eiga įvertinama, kaip recidyvuojanti, o tyrimai numatomi naviko buvimui įrodyti – rektoskopija, transrektalinė echoskopija, ypatingai - transrektalinė</i></p>

	<p>chemoterapijos efektą ir 2003-08-28 KT duomenis navikiniai pakitimai kryžkaulio – uodegikaulio lygmenyje dinamikoje didėjantys, nuspręsta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pakartoti echoskopiją;</li> <li>• atlikti rektoskopiją;</li> <li>• atlikti KT plaučių, galvos smegenų, pilvo ieškant metastazių;</li> <li>• jeigu amžius leis atlikti kaulų sintigrafiją;</li> <li>• atlikti echoskopija per rectum su specialiu davikliu.</li> </ul> <p>Atlikus šiuos tyrimus, spręsti klausimą dėl pakartotinos operacijos galimybės.</p>	<p><i>biopsija.</i></p> <p><i>Ar humaniška nuspręsti atlikti eilę, dukrelę žalojančių tyrimų tam, kad įrodytų naviko buvimą (įrašas 2003-09-05) chirurg. S. Maknavičiui?</i></p>
2003-09-05	<p>Rektoskopija: Tiesiosios ir riestinės žarnų gleivinė hipertrofiška, vietomis yra erozijų, spindžio deformacijų 20 cm nuo analinio lanko nemačiau. Per rectum digitaliai – mazgų nepačiuoپی. Uodegikaulis rezekuotas, apie rezekcijos vietą periostas sustorėjęs, prie jo pasislinkęs operacinis randas. Dabar naviko recidyvinių mazgų nepačiuoپی. <b>Indikacijų operacijai nerandu.</b> (skyriaus vedėjas – chirurg. S.Makanavičius)</p>	
2003-09-05	<p>Galvos, krūtinės laštos KT: Intrasmegeninių pataloginių židinių pakitimų nematau. Plaučiuose infiltracinių židinių pakitimų nematau. Tarpuplautis nepraplėstas, nedislokuotas. Duomenų už MTS nerandu.</p>	
2003-09-05	<p>Pilvo, dubens KT: Pilvo srityje pataloginių pokyčių nematau. Parenchiminiai organai – b.p. Aorta, kitos stambiosios kraujagyslės b.p. Padidėjusių l/m paraortaliai ar kur kitur šiuo metu nematau. Dubenyje, ties kryžkaulio distaline dalimi, viduje, iš kairės pusės, matyti glaudžiai prie kaulo prigludęs, nehomogeniškas, minkštųjų audinių densiškumo, į kontrastą labai reaguojantis, aiškių ribų, netaisyklingos formos apie 16x23,4x22,3 mm dydžio darinys. Jis prigludęs prie m. gluteus max. iš vidinės pusės, tačiau jo neperauga. Matomas darinys kiek atokiau nuo tiesiosios žarnos ir yra jai į kairę (ties 4-5 valanda). Viršuje darinys siekia m.piriformis (prigludęs, bet neperaugęs). Taip pat suleidus kontrastą į</p>	<p><i>Kodėl nebuvo pasitikėta KMUK atlikta KT, jos išvadamis ir dar kartą - praėjus tik savaitei - daryta Vilniuje?</i></p> <p><i>Išvados tiek KMUK, tiek RVUVL radiologų vienodos – darinys.</i></p>

	<p>rectum, matyti tiesiosios žarnos sienelės užpakalinės dalies nelygumas bei nehomogeniškumai – ji tarsi storesnė, negalima jos atriboti nuo aplinkinių audinių – tarsi infiltruota. Bendram fone – kalcinatukas, kuris matomai „kilęs“ iš kryžkaulio. Uodegikaulio vietoje randiniai pakitimai, einant žemyn – matyti randelis, pereinantis per poodinius rieb. audinius bei odas. Matomas darinys (kairėje) nuo kyšulio (promontoriumo) yra per 4,5 cm žemiau. Kaulinių struktūrų pakitimų nematau. KT duom. – dubens srityje matyti minkštųjų audinių densiškumo, kontrastą kaupiantis darinys. Kadangi lab.tyrimai be žymesnės neig.dinamikos, vertinant KT vaizdų dinamiką, galima galvoti apie antrinę retroperitoninę fibrozę, kuri paprastai atsiranda po traumos, operacijų, infekcijų ar pirminio retroperitoninio tumoro. Pagal literatūros aprašymą – matomi pakitimai visai atitinka pateiktus kriterijus. Kiek neįprastas toks aktyvus reagavimas į kontrastą, tačiau antrinė retroperitoninė fibrozė yra traktuojama kaip lėtinis uždegiminis procesas, todėl reakcija į kontrastą priklauso nuo uždegimo laipsnio. Kadangi matomus pakitimus pilnai verifikuoti negaliu ekskluduoti ir recidyvo, diagnozės patikslinimui tikslinga atlikti dubens echo su rektaliniu davikliu. (gyd. E. Stašienė)</p>	
2003-09-09	<p>Atlikta transrektalinė echoskopija: Dubenyje kairėje, gana giliai matomas slidinės konsistencijos mazgas 23x30 mm dydžio, su kraujotaka, homogeniškas, glaudžiai prigludęs prie tiesiosios žarnos sienos darinys. (gyd. A. Čekuolis, gyd. M. Trakymas, skyriaus vedėjas – chirurg. S. Maknavičius)</p>	
2003-09-19	<p>Kateterinis sepsis: Ligonei prieš 4 mėnesius įvestas „Port-a-cath“ kateteris ilgalaikiai chemoterapijai, dabar prasidėjo kateterinis sepsis. Atliktas kateterio pašalinimas.</p>	<p><i>Atliekant eilę beprasmių tyrimų įnešta infekcija, prasidėjo kateterinis sepsis, atlikta operacija - kateteris pašalintas.</i></p>
2003-09-24	<p>Atlikta punktinė transrektalinė biopsija: Su bendra kaukine nejautra paguldžius ligonę ant kairio šono įvestas rektalinis daviklis . Gautas biopsinis stulpelis 1,5 cm ilgio su balzguna medžiaga, kuri pasiūsta pat.</p>	



	histologiniam ištyrimui. (gyd. A. Čekuolis, gyd. M. Trakymas)	
2003-09-24	<i>Patologijos diagnozė:</i> Trynio maišo navikas	<i>Net patologams patvirtinus diagnozę gydantis chir. S.Maknavičius neįsivaizdavo, kur yra darinys ir juo nesidomėjo.</i>
2003-10-08	<b>IV operacija:</b> operacija buvo atšaukta, nes chirurg. S. Maknavičius apčiuopė darinį ir įvertinus jo lokalizaciją, paaiškėjo, kad operacijoje turėtų dalyvauti angiochirurgas.	<i>Tik paruošus Rugilę operacijai pagaliau išsiaiškino jo lokalizaciją. Šioje operacijoje dalyvavo echosk. gyd. A. Čekuolis ir gyd. M.Trakymas. Gyd. M.Trakymas specialiomis kabutėmis turėjo pažymėti darinį. Į šią naują chirurg. S.Maknavičius žiūrėjo labai skeptiškai. Operacijoje ( 2002-10-10) gyd. A. Čekuolis ir gyd. M. Trakymas nebedalyvavo, nes chirurg. S. Maknavičius teigė, kad darinį čiuopia ir žymėti nebereikia.</i>
2003-10-10	<b>IV operacija:</b> Praskyrus gluteus sritį, atidalinus nuo randų uodegikaulį ir kryžkaulį įeita į dubens retroperitoninį tarpą. Navikas standus, plokščias. Naviką pavyko pašalinti, techniškai operacija sudėtinga, traumatiška. Tiesioji žarna nepažeista. Atrodo navikas pašalintas pilnai, nors buvo suaugęs su tiesiosios žarnos siena. Hemostazė. Žaizda gili, plati ir dubenyje, todėl drenuota. (chirurgai: gyd. S. J. Maknavičius, gyd. G. Pošiūnas, angiochirurgas med. dr. M. Gutauskas)	<b>II epizodas, kuris mums kelia abejones. Mūsų klausimas pateikiamas žemiau.</b>
2003-10-10	<i>Patologijos diagnozė:</i> Trynio maišo navikas.	.
2003-10-20	Dubens KT: Dubenyje presakraliai daugiau iš kairės, šalia tiesiosios žarnos matyti nehomogeniškas, minkštųjų audinių 15,2x22,9 x23,9 mm dydžio su hipodensiniu turiniu masės. Po kontrasto suleidimo stebimas kaupimas periferijoje ( palei kraštus). KT duom. – šiuo metu įvertinti operacijos radikalumo negaliu, galima galvoti, kad matomi pakitimai yra pooperacinės kilmės. Reikėtų sekti dinamikoje.	
2003-10-23	<i>Perkelta į RVUVL onkohematologijos skyrių.</i>	

2003-10-23	Pradėta chemoterapija su Topotecanu ir ciklofosfamidu.  Topotecanas po 0,5 mg/m <sup>2</sup> į v. 5d. Ciklofosfamidas 150 mg/m <sup>2</sup> 5d. su Mesna  Kursas karojamas kas tris savaites.	<b>III epizodas, kuris mums kelia abejones. Mūsų klausimas pateikiamas žemiau.</b>
2003-10-23	AFP – 52,23 nmol/l	
2003-10-30	AFP – 95,80 nmol/l	
2003-11-07	Echoskopiškai: Dubenyje kairėje matomas 48x 27 mm dydžio, sudarytas iš 3-4 atskirų limfmazgių konsistencijos mazgų, esantys vienas šalia kito. Matau negausią vaskuliarizaciją. Šalia mazgelių randinis audinys. (echoskopuotojas gyd. A. Čekuolis)	
2003-11-17	Antras chemoterapijos kursas su Topotecanu ir ciklofosfamidu.  Topotecanas po 0,75 mg į v. 5d. Ciklofosfamidas 250 mg. 5d. su Mesna	
2003-11-17	AFP – 277,80 nmol/l	<b>Vėžio žymuo sparčiai didėja:</b>  <i>AFP – 52,23 nmol/l</i> <i>AFP – 95,80 nmol/l</i> <i>AFP – 277,80 nmol/l</i>
2003-11-18	Echoskopiškai: Retroperitonaliai dubenyje matomi gana gausūs, bet santykinai nedideli mazgai. Kairėje jie nepakito savo dydžiu, bet tapo aiškesni, ryškesni. <b>Atsirado naujas mazgas</b> 31x20 mm dešinėje nuo gimdos ir rectum. Mazgai homogeniški, neradau jų vaskuliarizacijos. Daugiau mazgų neradau. (echoskopuotojas gyd. A. Čekuolis)	<b>III epizodo (tęsinys): 7, 8, 9 klausimai</b>
2003-11-27	Echoskopiškai: Lyginant su 2003-11-18 dinamikos nematau. Mazgai giliai dubenyje nepakito, nepadidėjo ir nepagausėjo. Didžiausias mazgas apie 30 mm (dešinėje). Kepenyse, blužnyje bei inkstuose židinių neradau. (echoskopuotojas gyd. A. Čekuolis)	
2003-12-08	Atvykome trečiam topotecano ir ciklofosfamido kursui.	
2003-12-08	Echoskopiškai: Dinamika neigiama. Mazgas dubens dešinėje padidėjo iki 38 mm, homogeniškas, gausiai vaskuliarizuotas. Dubens kairėje mazgai apie 20 mm bei jų daugiau ir jie taip pat vaskuliarizuoti. Kepenyse IV segmente 8	

	mm mazgelis. (echoskopuotojas gyd. A. Čekuolis)	
<b>2003-12-09</b>	Krūtinės ląstos, pilvo, dubens KT: Kepenys įprastinės formos, kontūrai lygūs, S5 0,7x0,5 cm dydžio hipodensinis židinyš. Dubenyje kairėje tarp kryžkaulio distalinių slankstelių, sėdinkaulio ir rectum matyti apie 4,04x4,09x 4,5 cm dydžio minkštųjų audinių densiškumo, kaupiantis netolygiai kontrastą, spaudžiantis ir deformuojantis rectum, bet lyg neinfiltuojantis darinys. Dešinėje matau panašus, bet mažesnis 2,8x2,5x3,5 cm netolygiai kaupiantis kontrastą, spaudžiantis šlapimo pūslę (tarp jų ribos aiškiai nematau) darinys. Dešiniame šoniniame L5 – S1 stuburo kanale matyti 1,23x1,13 cm dydžio kaupiantis kontrastą darinukas. Plaučiuose abipus visame plote matau nuo 0,27 iki 1,25 cm dydžio daugybiniai apvalūs židiniai. Skysčio nematau.	
<b>2003-12-10</b>	Pradėta polichemoterapija:  Vinblastinas po 4,0 mg į v. vieną kartą savaitėje Aktinomicinas 0,9 mg į v. Ciklofosfamidą po 650 mg į v. su Mesna  Pirmą, ketvirtą, septintą savaitę.	
<b>2003-12-18</b>	AFP – 896,84 nmol/l;	
<b>2003-12-23</b>	Kontrolinė priekinės krūtinės ląstos rentgenograma: Stebima teigiama dinamika. Dar išlieka pavienės metastazės, didesnės ryškiai sumažėjusios ir mažesnio intensyvumo.	
<b>2003-12-23</b>	Echoskopiškai: Kepenyse mazgas beveik neidentifikuojamas. Kitos patologijos kepenyse nestebimos. Dubenyje mazgai be dinamikos: nepakitę nei dydis, nei struktūra ar išplitimas. Blužnis, inkstai be patologijos. (echoskopuotojas gyd. A.Čekuolis)	
<b>2003-12-31</b>	AFP – 466,42 nmol/l;	
<b>2004-01-15</b>	AFP – 750,09 nmol/l;	
<b>2004-01-15</b>	Vėl implantuotas „Port-a-cath“ kateteris.	
<b>2004-01-26</b>	AFP – 1649,14 nmol/l;	
<b>2004-02-17</b>	Pravesta gamadinaminė terapija. (habil.m.dr.Laima Bloznelytė-Plėšnienė)	
<b>2004-02-23</b>	Echoskopiškai: Kepenyse teigiama dinamika, mazgas iš IV segmento sumažėjo	

	iki 10,2 mm, o VIII segm. mazgo nematyti. Dubenyje tumoras žymiai nepakito. Kairėje 55,3 mm nehomogeniškas mazgas su kalcinatais, dešinėje – 31,0 mm mazgas homogeniškas. Šlapimo pūslėje - drumstas turinys, sienelės storis 5,5 mm, nelygi. Daugiau mazgų pilve nepastebėta. (echoskopuotojas gyd. A. Čekuolis)	
2004-03-15	Pravesta gamadinaminė terapija (habil.m.dr.Laima Bloznelytė-Plėšnienė)	
2004-03-30	Vėjaraupiai. Paguldyta į RVUVL diagnostikos skyrių.	
2004-04-10	Rugilė mirė RVUVL diagnostikos skyriuje.	

Apžvelgus Rugilės ligos istoriją, mums iškilo keletas, itin svarbių, klausimų, kurie mūsų nuomone, turėjo esminės reikšmės Rugilės netinkamam arba visapusiškam gydymui.

**I epizodas.** Mums kilo natūralus nerimas ir klausimas:

*1.Ar galima vertinti, kad gauta pilna remisija, ar gydantis gydytojas A. Savinas pilnai ir atidžiai atliko tyrimus po antros operacijos, jei:*

- po operacijos bei įvertinant pilną remisiją nepadaryta kompiuterinė tomografija;
- iškilo abejonių ar buvo padaryta, net ir echoskopija. Jei ji buvo daryta, tai – pagrindinį vaizdinį tyrimą, įvertinant pilną remisiją, atliko echosk. gyd. A. Stukas. Ar galima pasitikėti atlikto tyrimo išvadomis jei, gyd. A. Stukas nematė darinio jau prieš II operaciją (2002-12-31). Bei sekant tolesnę ligos istorijos eigą ir net dviejų darinių atvykus kontrolei po 3 mėnesių. (2003-04-16);
- vėžio žymuo arti normos 0,22 nmol/l bet ne normos ribose 0 - 0,13 nmol/l. Beje šio, mūsų nuomone, itin svarbaus, laboratorinio tyrimo atsakymas, buvo gautas jau mums išvykus į namus, tad įvertinant pilną remisiją juo nebuvo remtasi;
- mums kyla klausimas, tai kokiais laboratoriniais ir vaizdiniais tyrimais remtasi įvertinant pilną remisiją?

**II epizodas.** Ligos istorijoje nurodyti vienas kitam prieštaraujantys teiginiai: ligos eigos įvertinimas ir tyrimų numatymas mūsų nuomone, įrodo netinkamą ir nepilną gydančių gydytojų, onkohematologų ir chirurgų, dėmesingumą ir nevisų pastangų teikimą Rugilei.

- chirurg. S.Maknavičiaus įrašas „Indikacijų operacijai nerandu“;
- nepasitikėjimas KMUK atlikta KT;
- kateterinis sepsis;
- transrektalinės biopsijos reikalingumas;
- be to, norime pažymėti mums itin skaudų pastebėjimą, kad chirurg. S. Maknavičius dalyvaudamas atliekant transrektalinę biopsiją ir transrektalinę echoskopiją, kai Rugilė buvo neįtaroje, net

nepasidomėjo naviko lokalizacija. Tik Rugilę pilnai paruošus operacijai, pagaliau apčiuopė darinį. Operaciją atšaukė. (2003-10-08);

- antroji operacija. Matant įvykių seką prieš 4 operaciją, galime daryti prielaidą, kad antros operacijos metu darinys nebuvo atrastas ir pašalintas. O pašalinti sveikų audinių fragmentai, kuriuose navikinių ląstelių nerasta. Be to manome, kad ir trečios operacijos metu buvo pašalintas tik vienas darinys – tas, kurį chirurg. S. Maknavičius čiuopė. Pagrindinis darinys vėl neatrastas ir neišoperuotas. (2003-04-30 iki 2003-05-20);

- kaip vertinti, mums tėvams, chirurg. S. Maknavičiaus kompetenciją, jei nuo 2003-09-09 iki 2003-10-10 reikėjo atlikti eilę tyrimų, naviko buvimui įrodyti bei atšaukti operaciją;

*2. Ar įrodinėjant naviko buvimą ir netaikant jokio gydymo, nebuvo prarandamas laikas, kuris turėjo įtakos tolimesnei agresyviai ligos eigai?*

### **III epizodas:**

*3. Norime sužinoti, kokiais šaltiniais remiantis buvo nuspręsta trynio maišo naviką gydyti citostatiku topotecanu.*

*4. Ar yra atlikti Lietuvoje topotecano klinikiniai tyrimai gydant vaikų navikus?*

*5. Ar yra užsienyje atlikti topotecano klinikiniai tyrimai gydant vaikų trynio maišo navikus?*

*6. Ar galėjo, taip atsitikti, kad mūsų nesupažindinus, Rugilė dalyvavo topotecano klinikiniame tyrime?*

*7. Kodėl vaizdiniais bei laboratoriniams tyrimams rodant, kad navikas sparčiai didėja, būklė blogėja, nebuvo nutrauktas antras chemoterapijos kursas su topotecanu, o ir toliau tęsiamas gydymas?*

*8. Tai kokiais tyrimais remiantis, gydytojai ir toliau tęsė chemoterapijos kursą su topotecanu?*

*9. Kodėl nebuvo imtasi radikalių priemonių, naviko progresavimui stabdyti?*

### **Apibendrinant tai, mes manome, kad:**

- buvo atlikti nepakankami tyrimai įvertinat pilną remisiją.

- laikotarpis nuo trečiosios iki ketvirtosios operacijos (2003-04-23 iki 2003-10-10) kelia klausimą ar buvo pašalintas antrosios operacijos metu darinys ar ne, bei ar trečioji operacija buvo radikali.

- po 4 operacijos paskirtas citostatikas topotecanas ir ligai progresuojant juo tęsiamas gydymas – ar tai buvo teisingas pasirinkimas?

Be to, mums kyla abejonės ir dėl šios situacijos:

- jau po trečios operacijos matydami nesusikalbėjimą, tarp Rugilę gydančių onkohematologų bei operavusio chirurg. S. Maknavičiaus, ėmėme ieškoti kvalifikuotos medicininės pagalbos užsienyje. Nerimauti vertė ir nuolat sakomi gydytojų žodžiai, kad jie neturi patirties gydant trynio maišo

naviką. 2003 m. rugpjūčio mėnesį ėmėme bendrauti su Vokietijos, Heidelbergo vaikų klinikos, onkologijos skyriaus vadovu prof.dr.med. A. Kulozik. 2003 m. rugpjūčio 23 d. gavome jų atsakymą – sutikimą gydyti Rugilę. Numatytas kompleksinis 55 dienų gydymas buvo įvertintas 45 000 eurų. Turėdami tik dalį lėšų ir suprasdami, kokia svarbi mums kiekviena diena, kreipėmės į Lietuvos Respublikos Prezidento patarėją J.Ūsienę prašydami pagalbos. Prezidento patarėja J.Ūsienė kreipėsi į Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministeriją, prašydama išnagrinėti gautą mūsų prašymą dėl finansinės paramos dukrelės Rugilės gydymui užsienyje. Sveikatos apsaugos ministerijos valstybės sekretoriaus V.Žilinsko pasirašytas atsakymas mus be galo nustebino, nes mes niekada nebuvome informuoti apie nuolatinės RVUVL vaikų onkologų konsultacijas su JAV onkologais. Rugilės išsiuntimui į Vokietiją buvo nepritarta. Mes patys suradome kontaktus Vokietijoje, tačiau jie buvo atmesti. Susipažindami su ligos istorijoje esančia medžiaga, mes niekada nematėme JAV gydytojų rekomendacijų, todėl norėtume su jomis susipažinti dabar. Dėl šios situacijos mes prašome Jūsų patikrinti RVUVL duomenis ir nustatyti:

*10. Su kokia JAV klinika, nuolat konsultavosi RVUVL vaikų onkohematologai?*

*11. Kokia konsultavusių gydytojų patirtis gydant trynio maišo navikus?*

*12. Kokios buvo jų rekomendacijos dėl Rugilės gydymo?*

Mes, gydymo metu, susidūrėme ir su kitais neigiamais veiksniais, kurie gydymo eigoje mums kėlė nerimą, tai:

- buvo akivaizdus gydytojų informacijos neteikimas mums. Mes negavome informacijos apie trynio maišo naviko gydymą Lietuvoje ir užsienyje, apie naujų, pažangių metodų taikymą chirurgijoje bei onkologijoje, apie autologinę transplantaciją, taikant stiprią, agresyvią chemoterapiją, ar Rugilei nebuvo galima jos pritaikyti, kuriame nors gydymo etape ir t.t.;

-mums kyla klausimas, ar apie pažangesnius gydymo metodus gydytojai nežino, ar nenori žinoti, ar informacija, dėl kitų priežasčių neteikiama tėvams;

- nuo 2003-10-01 Rugilę ėmė globoti Niujorko „Mažos širdutės fondo“ steigėja p. L.Welch. Ji su savo vyru, gydytoju, Gabriel R. Welch kreipėsi į Michael P. LaQuaglia, MD, chief, Pediatric surgical Service, Department of Surgery, su prašymu įvertinti tuometinę dukrelės ligos eigą ir pateikti rekomendacijas. Atskridę į Vilnių, p. L.Welch paskambino skyriaus vedėjui A. Savinui ir paprašė skirti laiko susitikimui, bei pageidavo, kad pokalbyje dalyvautų ir docentė R. Ragelienė. Atskiru prašymu dar kartą skyriaus vedėjo, tai paprašiau pati. Tačiau susitikime, nei skyriaus vedėjas A. Savinas, nei docentė R. Ragelienė nedalyvavo. Nepranešė ir atsisakymo dalyvauti priežasties, nors prieš tai buvo sutikę. Susitikime dalyvavo tik gydanti gyd. V. Daugelavičienė. Gydytoją V. Daugelavičienė perskaitė rekomendaciją ir ją gražino gydytojui G. R. Welch, pasakiusi, kad šiuo metu Rugilė panašiai gydoma. Anot G. R. Welch, jis toliau nebematė prasmės persakyti žodinių rekomendacijų. Mums buvo labai liūdna matyti sutrikusius Rugilės globėjų veidus. Juk anot p. L. Welch jie atskrido, dėl Rugilės, net iš Niujorko. Mes suprantame, kad esamoje situacijoje, kai darinys jau buvo metastazavęs, pakreipti ligos eigą gal jau ir nebebuvo įmanoma, bet mums kyla, natūralus, žmogiškas klausimas: Ar onkohematologinio skyriaus gydytojams visiškai neįdomu, ką tokioje situacijoje gali rekomenduoti kitų klinikų gydytojai? Ar jiems visiškai nereikalingi kontaktai su užsienio klinikų gydytojais?

Mūsų nuomone, visi faktai įrodo, kad gydantys gydytojai nebuvo pilnai dėmesingi ir neatliko visų savo pareigų, kiek įmanomai labiausiai stengdamiesi Rugilei padėti.

Sveikatos priežiūros priimtumas SSI 2 str. nurodytas, kaip valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitiktį. Deliktinės atsakomybės požiūriu ši nuostata derinama su žalos padarymu ir jos atlyginimu. Tai reiškia, jog valstybė turi realiai užtikrinti, kad asmenims būtų suteikiamos medicininės paslaugos, atitinkančios pasiektą mokslo lygį, nepažeidžiant medicinos etikos reikalavimų ir nepadarant asmeniui žalos. Jei tokių nuostatų nesilaikoma, tai yra pagrindo išvadai dėl sveikatos priežiūros priimtumo neužtikrinimo. Medicinos įstaigos, teikdamos sveikatos priežiūros paslaugas, turi vykdyti prievolę, vadovaudamiesi maksimalių pastangų principu. Jo nesilaikymas yra ne tik medicinos įstaigos kaltė, bet ir sveikatos priežiūros priimtumo realus neužtikrinimas. Mūsų nurodyti pažeidimai, mūsų nuomone, kartu sako, kad gydytojų, chirurg. S. Maknavičiaus padaryta diagnozavimo klaida, taktikos pasirinkimas, nepiltų operacijų atlikimas ir nevisiškas tyrimų atlikimas sudaro pagrindą vertinti, kad sveikatos priežiūros įstaiga neužtikrino sveikatos priežiūros paslaugų reikiamu lygiu ir veikiant maksimaliai rūpestingai bei atidžiai. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo maksimalių pastangų principas reikalauja, kad gydytojas ir gydymo įstaiga atliktų viską, kas numatyta ir įmanoma gydant konkretų susirgimą. Jei ligos algoritme yra nurodytas tyrimų darymas, tai jie turi būti atlikti, o ne daromos hipotetinės išvados dėl būsimų tyrimų rezultatų ir jų spėjamos įtakos. Numatytų tyrimų neatlikimas sudaro prielaidas, kad diagnozės išvada bus paremta nepakankamais duomenimis - nevisapusiškais objektyvaus pobūdžio tyrimais bei subjektyviais stebėjimų rezultatais. Tokios aplinkybės sudaro pagrindą išvadai, jog neužtikrintas reikiamas sveikatos priežiūrą teikiančios įstaigos ir jos gydytojų atidumo, rūpestingumo ir aplaidumo laipsnis.

**Remiantis išdėstytu, prašytume, Jūsų institucijos, ištirti aukščiau išdėstyta ligos gydymo istoriją, atsakyti į mūsų abejones ir mūsų iškeltus klausimus, bei pateikti išvadas dėl mūsų klausimų ir ar Lietuvos Respublikos teisės aktai nebuvo pažeisti.**

Mes mielai Jums atsakysime ir į visus kitus, tyrimo eigoje, Jums iškilsiančius klausimus.

Mes viliamės Jūsų pagalbos siekiant išsiaiškinti objektyviają tiesą.

Iš anksto dėkojame už visas Jūsų pastangas.

Pagarbiai,  
Edita Abrukauskienė ir Dainoras Abrukauskas

Pridedame:

- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos atsakymą;
- Michael P. LaQuaglia, MD, chief, Pediatric surgical Service, Department of Surgery rekomendaciją dėl gydymo;
- Susirašinėjimo laiškus su Vokietijos, Heidelbergo vaikų klinikos, onkologijos skyriaus vadovu prof.dr.med. A. Kulozik.