

## ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ И ВРАЧЕБНЫЕ ГРЕХИ

Данная статья является совместным трудом председателя Общества православных врачей Санкт-Петербурга, профессора СПбГПМУ, доктора медицинских наук, протоиерея Сергия ФИЛИМОНОВА и зав. кафедрой гуманитарных дисциплин и биомедицинской этики СПбГПМУ, профессора, доктора медицинских наук Галины Львовны МИКИРТИЧАН.



Отношение к врачебным ошибкам исторически менялось от сокрытия до полной огласки. В России пристальное внимание к ошибкам врача, их публичному признанию и анализу связано с именем Н. И. Пирогова, который считал, что каждый добросовестный человек должен уметь признать и обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них менее сведущих людей.

Статья раскрывает причины врачебных ошибок, дает их классификацию, рассказывает о мерах профилактики и о должном поведении врача во избежание или при совершении врачебных ошибок. При всей драматичности этой темы рассматривать ее необходимо: анализ врачебных ошибок позволяет не совершать их в будущем.



Все действия врачей, вызвавшие неблагоприятные последствия для больного, большинство судебных медиков и юристов делят на три группы: несчастные случаи, врачебные ошибки и профессиональные преступления. Рассмотрение профессиональных преступлений выходит за рамки данной публикации. Темой настоящей статьи являются в основном врачебные ошибки, и лишь отчасти будет затронута понятие о несчастных случаях.

### Несчастные случаи

Под несчастным случаем в медицинской практике принято понимать неблагопри-

ятный исход врачебного вмешательства, связанный со случайными обстоятельствами, которые нельзя предусмотреть при самом добросовестном отношении медицинского персонала к своим служебным обязанностям.

К несчастным случаям относят неожиданные смертельные исходы вследствие, например:

- индивидуальной непереносимости вводимого препарата;
- активизирования дремлющей инфекции;
- послеоперационных осложнений (воздушная эмболия, перитонит и кровотечение);
- асфиксии или остановки сердца во время наркоза;

- использования некачественного официального продукта<sup>1</sup> для медицинской технологии;
- проведения диагностических процедур: ангиографии, пиелографии, гастроброскопии, спинномозговой пункции, катетеризации сердца и др., сюда же относят рефлекторную остановку сердца во время эзофагоскопии.

Для доказательства несчастного случая необходимо исключить профессиональную неграмотность и небрежность врача, а также врачебную ошибку.

Особенно часто с несчастными случаями сталкиваются хирурги, когда в процессе оперативного вмешательства у больного выявляется какая-либо неожиданная патология. Иногда это происходит и в ходе самых обычных, рутинных операций.

Главный судебно-медицинский эксперт Москвы профессор В. В. Жаров приводит пример несчастного случая при тонзилэктомии у 17-летней девушки. Были соблюдены все пункты инструкции, определена группа и время свертывания крови, подготовлены кровь и кровезаменители. При удалении второй миндалины неожиданно фонтаном ударила кровь, кровотечение остановить не удалось, больная погибла. Оказалось, что у нее была редчайшая патология — дуга сонной артерии проходила сквозь миндалину. («Совершенно секретно», 1999, № 7).

## Понятие врачебной ошибки

Многообразие врачебных ошибок, их причин и условий возникновения привело к тому, что до настоящего времени нет единого понятия врачебной ошибки, что естественно затрудняет медицинскую и юридическую оценку действий медицинских работников. Сложность усугубляется тем, что в законодательстве отсутствует термин «врачебная ошибка», поэтому юристы его обычно не применяют. Этот термин получил распространение преимущественно в медицинской

<sup>1</sup> Официальный лекарственный препарат [official formula] — лекарственный препарат, изготовленный в аптечной организации малыми партиями по стандартной прописи (например, согласно предписания Национальной Фармакопеи).

литературе, хотя и здесь нет по поводу него единой точки зрения.

В нашей стране многие придерживаются мнения известного патолога И. В. Давыдовского: главным критерием врачебной ошибки является вытекающее из определенных объективных условий добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и ее методов исследования, на особом течении заболевания у определенного больного или недостатке знаний и опыта врача, но без элементов халатности и профессиональной неграмотности.

Следовательно, врачебные ошибки связаны с объективными условиями и обстоятельствами, смягчающими вину врача. Это либо несовершенство метода исследования или лечения, либо чрезмерное волнение и растерянность врача, либо отсутствие соответствующих условий для оказания помощи (мало времени для обследования при несвоевременной госпитализации, нет необходимой аппаратуры и др.). Таким образом, отличительной чертой врачебной ошибки являются добросовестные действия врача, его стремление оказать помощь больному, хотя эти действия и являются ошибочными.



Ипполит Васильевич Давыдовский  
(1887–1968)

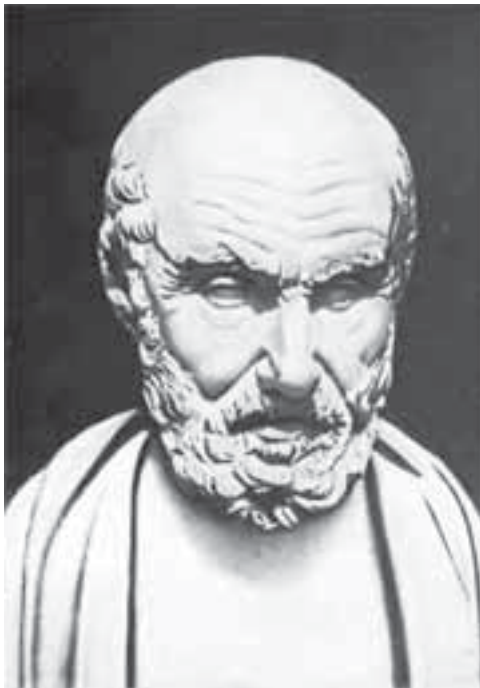
На основе понятия, введенного И. В. Давыдовским, дано определение данного термина в Большой Медицинской Энциклопедии.

дии (т. 4, стр. 422): «Под врачебной ошибкой понимаются ошибки врача при исполнении им своих профессиональных обязанностей, являющиеся следствием добросовестного заблуждения и не содержащие состава преступления или признаков проступка».

### История вопроса

О возможном нанесении врачом вольного или невольного вреда больному говорилось с древнейших времен. Отношение к врачебным ошибкам исторически менялось от сокрытия до полной огласки.

Многие выдающиеся врачи придавали большое значение откровенному признанию своих ошибок. Гиппократ определил так нравственное поведение врача в подобных ситуациях:



Гиппократ (V век до н. э.)

«Хороший врач тот, кто редко ошибается, но еще лучший — кто не скрывает своих ошибок. ... Если мы будем требовательны к себе, то не только успехи, но и ошибки станут источником знаний».

Он считал, что при незначительной ошибке врач должен признать свой промах перед больным. Если же ошибка серьезная, угрожающая жизни, врач не должен признавать ее в присутствии больного, так как это может нарушить его покой. Но должен отметить

ошибку в своих записях в назидание врачам следующих поколений.

Вслед за Гиппократом виднейший ученый I в. н. э. Цельс писал:



Авл Корнелий Цельс (53 г. до н. э. — 7 г.)

«Только мелкий ум старается избежать неприятностей, глубокому же уму подобает признаваться в содеянных ошибках».

Врачи средних веков чаще скрывали свои ошибки. Это было связано с укреплением корпоративных отношений и схоластическим подходом к методам познания и лечения болезней. Но во все времена оставались врачи, которые подобно французскому хирургу XVIII столетия Ж. Л. Пти могли сказать:

«Ошибки — это только ошибки, когда ты имеешь мужество их обнародовать, но они становятся преступлением, когда гордыня побуждает тебя скрывать их».

В России пристальное внимание к ошибкам врача, их публичному признанию и анализу связано с именем Н. И. Пирогова.

Н. И. Пирогов считал, что каждый добросовестный человек должен уметь признать и обнародовать свои ошибки, чтобы предосте-



речь от них людей менее сведущих. В «Анналах хирургического отделения клиники императорского Дерпского университета» (1837, 1839), почти полностью посвященных разбору хирургических ошибок, Н. И. Пирогов писал:



Николай Иванович Пирогов (1810–1881)

«Мы должны считать себя трижды счастливыми, если нам удастся в известной мере преодолеть ту или иную трудность при пользовании правилом врачебного искусства, постигнуть и преодолеть вкоренившийся предрассудок, расширить для наших соотечественников узкую тропу, ведущую к истине. Но этого можно достигнуть, по моему мнению, только в том случае, если тщательно изучить ошибки, допущенные нами при занятиях практической медицины, более того, возвести их познание в особый раздел науки.

...С самого начала моего врачебного поприща я принял за правило: не скрывать ни моих заблуждений, ни моих неудач. И я доказал это, обнаруживая все мои ошибки и неудачи, и, чистый перед судом моей совести, я смело вызываю каждого мне показать: когда и где я утаил хотя бы одну мою ошибку, хотя бы одну мою неудачу».

Современник Н. И. Пирогова, австрийский хирург Т. Бильрот был первопроходцем в разных областях хирургии, и многие операции он либо впервые рассмотрел в своих работах, либо впервые выполнил сам: обширные резекции языка при раке, удаление щитовидной железы и женских половых орга-

нов, операции на печени, крупных суставах, артериальных сосудах при аневризмах. Он по праву считается королем абдоминальной хирургии. Ему первому удалась резекция желудка по поводу рака, и классические способы резекции желудка носят сегодня имя Бильрота. И этот всеми уважаемый хирург отмечал:



Теодор Бильрот (1829–1894)

«Только слабые духом, хвастливые болтуны боятся открыто высказываться о совершенных ошибках. Кто чувствует в себе силу сделать лучше, тот не испытывает страха перед сознанием своей ошибки».

Случалось, что врачи считали себя полностью ответственными за смерть больного в результате врачебной ошибки. Известный московский хирург-уролог Ф. И. Синицын даже устраивал специальные «покаянные» субботы, где разбирались ошибки, случившиеся в его клинике.

В 1920–30-е гг. многие хирургические журналы как отечественные, так и зарубежные ввели разделы, освещающие ошибки в хирургии («Новый хирургический журнал», «Вестник хирургии им. И. И. Грекова» и др.).

В 1936 г. под редакцией Э. Р. Гессе, С. С. Гиргола и В. А. Шаака вышел первый том 4-томного руководства для врачей «Ошибки, опасности и непредвиденные осложнения при лечении хирургических заболеваний». В нем

приняли участие около 50 виднейших хирургов СССР.

### Врачебные ошибки: актуальность проблемы

Врачебные ошибки неизбежны. Согласно статистике чаще всего врачебные ошибки совершают хирурги, акушеры-гинекологи, стоматологи и косметологи.

И. А. Кассирский, известный терапевт и гематолог, академик АМН СССР, заслуженный деятель науки, писал об этом так:



Иосиф Абрамович Кассирский (1898–1971)

«Ошибки — неизбежные и печальные издержки врачебной деятельности, ошибки — это всегда плохо, и единственное оптимальное, что вытекает из трагедии врачебных ошибок, — это то, что они по диалектике вещей учат и помогают тому, чтобы их не было.

...Надо признать, как бы ни было хорошо поставлено медицинское дело, нельзя представить себе врача, уже имеющего за плечами большой научно-практический стаж, с прекрасной практической школой, очень внимательного и серьезного, который в своей деятельности мог бы безошибочно определить любое заболевание и столь же безошибочно лечить его, делать идеально операции»

Проблема врачебных ошибок глобальна. По данным Чарльза Скетчарда, вице-президента отдела здравоохранения по странам

Европы, Ближнего Востока и Африки информационной корпорации *Oracle*, крупнейшего после *Microsoft* разработчика программного обеспечения, более 100 тысяч американцев ежегодно погибают вследствие медицинских ошибок, которые можно было бы предотвратить.

При этом в США размеры компенсаций, выплачиваемых по искам к медикам, подчас достигают сотен тысяч, а то и миллионов долларов. Их выплату, как правило, берут на себя страховые компании. Обычно американский врач тратит на страховые взносы до 10% своего годового заработка, а врачебная ошибка по решению суда «стоит» в среднем около 140 тысяч долларов.

В Нидерландах, по неофициальным данным, неправильные действия медиков приводят к смерти от 1,5 до 6 тысяч пациентов в год.

В Великобритании медицинские ошибки — третья по частоте причина смерти после онкологии и сердечно-сосудистых заболеваний.

Во Франции расходы на устранение последствий неправильного применения медикаментов составляют более 5 млрд евро в год.

В России официальной общероссийской статистики врачебных ошибок не существует. При этом в российском медицинском сообществе распространена точка зрения, что каждый третий диагноз в нашей стране ставится неверно.

Управляющий Центра медицинского права А. В. Панов считает:

«По данным Минздрава России смерть от врачебных ошибок в России наступает в 45–50 тыс. случаях ежегодно. Учитывая свойство властей, и не только российских, приукрашивать статистику, можно смело вводить поправочный коэффициент. Речь идет как минимум о 100 000 человеческих жизнях в год».



## Причины врачебных ошибок

Из существующих многочисленных классификаций врачебных ошибок наиболее удобной в практической работе нам кажется принадлежащая хирургам Н. И. Краковскому и Ю. Я. Грицману, позволяющая разграничивать ошибки по этапам хирургической работы: 1) диагностические; 2) тактические; 3) технические; 4) организационные; 5) ошибки в ведении документации; 6) ошибки в поведении медицинского персонала, (т. е. деонтологические).

**Диагностические ошибки** зависят: от невнимания к жалобам больного, не полностью собранного анамнеза (по некоторым данным, ошибки в сборе анамнеза занимают главное место в постановке ошибочного диагноза — до 25%); невнимательного или неполного осмотра пациента; недооценки или переоценки данных лабораторного и инструментального обследования; неиспользования консультаций различных специалистов; недооценки сопутствующих заболеваний и осложнений. Пациент, страдающий только одним заболеванием, встречается редко, особенно в настоящее время на фоне старения населения и хронизации многих заболеваний.

Ошибки в диагностике могут быть связаны с атипичным течением заболевания. По данным профессора А. Н. Орлова (1997) у 12% больных с гнойным перитонитом наблюдались нормальные показатели «белой крови» и других тестов хирургической инфекции.

Неполнота обследования не всегда зависит от врача, т. к. в ряде медицинских учреждений отсутствует или неисправна необходимая аппаратура, инструментарий. Однако даже в лечебных учреждениях, оснащенных новейшим медицинским оборудованием, может возникнуть как будто парадоксальная ситуация: избыточность «медицинского вооружения» не улучшает результаты обследования и лечения, а иногда приносит прямой или косвенный вред. Иногда диагноз совершенно ясен без сложных исследований, они оттягивают начало лечения и мучительны для больных. Именно поэтому классические методы обследования по-прежнему имеют очень важное значение.

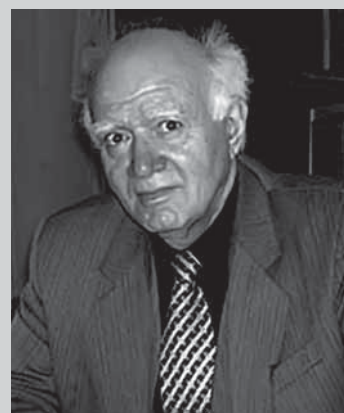


*Лев Владимирович  
Кактурский*

«Процесс расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, то есть прижизненного и посмертного, по результатам вскрытия, всегда стабилен и колеблется во всем мире в интервале от 10 до 20%. И это в самых современных клиниках, оснащенных новейшим оборудованием и приборами. Т.е. каждый десятый, или даже пятый умерший лечился не от того заболевания. Раз у него было основное заболевание не распознано, то и лечили его не от того».

*Л. В. Кактурский, член-корреспондент РАМН, д. м. н., профессор, директор НИИ морфологии человека РАМН, с 1996 г. зав. патологоанатомическим отделением Центральной клинической больницы Московской Патриархии*

«Вскрытие трупов больных четырех крупных больниц Москвы показало, что в 21,6% случаев диагноз, установленный при жизни, был неправильным, причем в каждом из пяти случаев не было установлено воспаление легких. А ошибки при диагностике злокачественных новообразований составляли 30–40%.



*Вил Иванович Акопов*

... Никакие знания и опыт не в состоянии гарантировать безошибочность действий врача, так как уникальность и многочисленные сочетания тех или иных признаков различных болезней столь разнообразны, что предусмотреть это трудно при самом добросовестном отношении».

*В.И. Акопов, д. м. н., профессор, зав. организационно-методическим отделом Бюро судебно-медицинской экспертизы Ростовской области*



Больной 23-х лет при обследовании был поставлен диагноз гемосидерома среднего уха и назначены различные методы лучевого и лабораторного исследования. Она готовилась к радикальной операции на ухе. Однако больной ранее не было проведено банальной отомикроскопии. Во время данного исследования была обнаружена покрытая серными массами голубая бусинка, в 5-летнем возрасте застрявшая в наружном слуховом проходе на барабанной перепонке. Она-то и создала эффект «голубого уха». Бусинка была удалена, и операцию отменили.

При подозрении на злокачественную опухоль порой не совпадают результаты клинического обследования и заключения гистолога. Недооценка заключения гистолога о наличии опухоли может привести к промедлению с лечением и прогрессированию болезни, переоценка же опасна непоказанным оперативным вмешательством или облучением. Тот и другой случаи требуют дополнительного исследования и высококвалифицированной консультации.

Беременной больной был поставлен диагноз рака груди, подтвержденный гистологическим исследованием. Было предложено прерывание беременности, ампутация груди, химио- и лучевая терапия. Пациентка отказалась от ампутации груди и аборта. Исповедовалась, причащалась, молилась. Мультидисциплинарная бригада из 2 священников, онколога, гинеколога и участкового врача наблюдала пациентку до самых родов. Опухоль не прогрессировала. Беременность протекала благополучно. После родов сделана повторная биопсия опухоли. Атипичных клеток нет, признаки хронического гнойного мастита. Выполнена секторальная резекция груди в области гнойного очага. Женщине сохранена грудь, ребенку — жизнь. Удалось избежать трагедии, которая могла бы стать результатом скоропалительного решения онколога.

Многие диагностические ошибки возникают при обобщении результатов обследования больных. Неправильная оценка полученных клинических данных может быть вызвана неспособностью врача к концептуальному мышлению. Переоценка и неверная интерпретация ведущего симптома может привести к трагическим последствиям. Так,

острые боли в животе при недиагностированной абдоминальной форме инфаркта миокарда заставили хирурга пойти на оперативное вмешательство, во время которого больной погиб.

Причиной диагностических ошибок может быть также слишком узкая специализация врача, рассматривающего больного только с позиций своей специальности.

И. А. Кассирский описал случай, когда у мальчика, страдающего хроническим отитом, появились подъем температуры до 40°, головные боли, небольшие выделения из уха. Приглашенный врач-отоларинголог поставил диагноз «острый отит» и высказал подозрение на мастоидит и менингит. Повторные анализы крови показали лимфоцитоз и лейкопению. При детальном осмотре терапевтом у ребенка была обнаружена увеличенная болезненная селезенка, и при тщательном сборе анамнеза установлено, что летом, когда он жил на даче, там была вспышка малярии. При исследовании крови диагноз малярии был подтвержден, и соответствующее лечение привело к выздоровлению ребенка.

**Тактические ошибки (ошибочное лечение).** Следующая группа причин — ошибки в лечении больных. Они связаны в первую очередь с неправильной диагностикой, когда больному назначается лечение, не соответствующее его заболеванию.

К ошибкам в лечении относятся:

- неполноценное обследование больного как результат отсутствия необходимых специалистов, лекарственных препаратов, специальной лечебной аппаратуры;
- ошибочная диагностика вследствие неверного выбора методов исследования для установления диагноза;
- неправильная оценка результатов исследования, вследствие чего больному устанавливается диагноз и назначается лечение, не соответствующие его заболеванию;
- ошибки в установлении показаний и противопоказаний к тому или иному методу лечения;
- непонимание динамики болезненного процесса, что обуславливает длительное однотипное лечение без учета его эффективности;

- невнимание к индивидуальным особенностям больного, в частности, к переносимости им различных лекарственных препаратов;
- игнорирование совместимости лекарств, их побочных действий;
- полипрагмазия (назначение одновременно большого числа лекарственных препаратов);
- неправильное выполнение лечебных манипуляций;
- неоправданно выжидательная тактика хирурга, особенно при ургентной патологии, когда слишком позднее хирургическое вмешательство уже не спасает больного;
- пренебрежение исследованием общего состояния организма — отдельные хирурги при наличии показаний к оперативному вмешательству вообще не учитывают общего состояния пациента, и терапевта на консультацию зачастую приглашают уже после операции, когда больной, например, с сахарным диабетом, сердечной или легочной недостаточностью находится в тяжелейшем состоянии, несмотря на технически безупречно выполненную операцию и правильные действия анестезиологов и реаниматологов;
- избыточные, слишком решительные действия, особенно свойственные хирургам, за что они и получили название «хирургической агрессии», когда врач производит серьезное оперативное вмешательство при недостаточной его обоснованности и в отсутствие необходимых условий.

Больной была предложена сложная дорогостоящая ушная операция, вместо которой в амбулаторных условиях достаточно было проведение мирингопластики биопленкой, и положительный результат был бы достигнут в течение 10 дней.

По сообщению профессора А. В. Гуляева на заре развития сердечной хирургии в журнал «Грудная хирургия» поступали статьи об операциях на сердце, выполненных врачами районных больниц, без элементарных условий для хирургического вмешательства.

В медицине не может быть стандартного подхода к больным, стандартного выбора метода диагностики и способов лечения даже при одних и тех же заболеваниях, поскольку врач лечит больного, а не болезнь. Врач дол-

жен всегда помнить, что он лишь исполнитель воли Божией относительно пациента. Архиепископ Лука обычно перед операцией спрашивал больного, верует ли тот в Бога, так как не профессор возвратит ему здоровье и саму жизнь, а Бог его руками. Перед операцией он ставил йодом крест на теле больного. В операционной у владыки Луки стояла на тумбочке икона, а возле нее зажженная лампада.



*В земской больнице операцию проводит хирург В.Ф. Войно-Ясенецкий (слева)*

**Организационные ошибки.** На всех этапах обращения больного за медицинской помощью возможны организационные ошибки, к которым относятся некачественное проведение профилактических осмотров отдельных групп населения или отсутствие их; поздняя госпитализация; помещение больных в непрофильные лечебные учреждения; необоснованные переводы тяжелых больных с неясным диагнозом из одного стационара в другой; непроведение необходимых консультаций и консилиумов; дефекты в наблюдении за больными с хроническими заболеваниями.

Ю. Г. Бойко и Н. Ф. Силяева приводят пример, когда у больной, страдавшей гипертонической болезнью с атеросклеротическим нефросклерозом за 7 лет ни разу не был взят анализ мочи.

Грубую организационную и одновременно деонтологическую ошибку совершили врачи центральной районной больницы, направив на консультацию к кардиологу областной больницы 56-летнего больного с постинфарктным кардиосклерозом, не учтя тяжесть состояния больного, не предоставив санитарного транспорта и без сопровождения медицинского работника. Больному пришлось самостоятельно преодолеть путь в 175 км, что утяжелило его состояние и, прибыв в больницу, он умер от сердечной недостаточности прямо в приемном покое.



При анализе летальных исходов, когда изучалась не только клиническая история болезни, но и амбулаторная карта, выяснялось, что некоторым больным с хроническими заболеваниями, находящимся под наблюдением врача поликлиники, ни разу за многие годы не проводились анализы крови и мочи.

**Ошибки ведения документации.** Ошибки в диагностике и лечении могут быть связаны с небрежно и неполно оформленной медицинской документацией, затрудняющей связь между различными медучреждениями и врачами разных специальностей. Иногда неразборчивый почерк врача ведет к трагическим последствиям.

Малопонятный почерк врача привел 42-летнего пациента к смерти в результате того, что в аптеке неправильно поняли выписанный рецепт и выдали не то лекарство, которое вызвало инфаркт миокарда. («Медицинская газета» № 57 от 28.07.2000).

Ошибки заполнения медицинских карт и историй болезни:

- небрежно и неполно оформленная медицинская документация, ошибки в ней;
- отсутствие результатов обследований,
- отсутствие записей консультаций специалистов: не зафиксированы даты, часы и содержание консультаций;
- отсутствие записей о назначениях или их изменении, о лечебных процедурах и дозировках введенных или данных внутрь лекарственных средств;
- расхождения в записях в истории болезни и листе назначений для медсестры;
- отсутствие подписей пациентов под информированным согласием на обследование, лечение, операцию;
- запись диагноза в сокращенном виде: «язва голени», вместо «варикозная язва средней трети левой голени»;
- отсутствие сведений от лиц, доставивших больного в лечебное учреждение в тяжелом состоянии и др.

В настоящее время изучение всей медицинской документации больного затруднительно, так как он может обращаться в различные частные медицинские учреждения. В этой ситуации повышается ответственность

врача за тщательный сбор анамнеза, установление доверительных отношений с пациентом.

**Деонтологические ошибки**, связанные с неисполнением врачами принципов деонтологии, могут возникнуть между врачом и пациентом в любой момент: при обследовании, лечении, и особенно при информировании больного о его состоянии. По сути дела и все вышеизложенные причины ошибок, так или иначе, связаны с нарушением принципов медицинской этики. По мнению А. Г. Чучалина, «больше половины врачебных ошибок в России совершаются по этическим причинам». Внимание или невнимание к жалобам больного — чисто этическая категория, но от него зависит полнота анамнеза, необходимого для диагностики. Формальное отношение к больному часто ведет к ошибкам, ухудшению его состояния. Все диагностические и лечебные вмешательства должны быть обоснованы не только клинически, но и деонтологически. Неумение вести беседу с больным может привести к ятрогениям психогенного или информационного характера, что будет изложено далее.

«Даже самая современная техника не заменит плодотворного взаимодействия врача и больного. По-настоящему хороший результат в медицине даст сочетание доверительных человеческих отношений с чудесами научно-технического прогресса. Поэтому технически оснащенный врач должен не только уметь, но и любить разговаривать с больным».

*Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующего врача. Пер. с англ. М.: Практика, 1994.*

В деонтологии особенно важен характер хирурга. Самоуверенный врач не желает прислушиваться к советам своих коллег. Неуверенный в себе врач, наоборот, некритически воспринимает мнение окружающих, особенно авторитетных для него лиц, быстро меняет мнение о состоянии больного. Молодые хирурги чрезмерно доверяют мнению консультанта. Несомненно, его мнение надо учитывать, но консультант видит больного один раз, в то время как лечащий врач, на-

блюдая больного постоянно, может подойти к нему более индивидуально. Преклонение перед научно-техническими достижениями ведет к небрежному осмотру больного. От чрезмерного увлечения техникой в медицине предостерегали многие врачи. Так, И. А. Кассирский отмечал: «Никогда инструментальное исследование не должно быть опаснее болезни».

Консервативность мышления, часто связанная с возрастом, иногда препятствует пополнению знаний и мешает врачу применять новые методы диагностики и лечения. При неблагоприятном исходе лечения именно деонтологические ошибки, в первую очередь, учитываются больными или их родственниками, порождая многочисленные жалобы и настойчивые требования о привлечении врача к уголовной ответственности. Напротив, известны случаи, когда при неблагоприятном исходе лечения, но соблюдении врачом правил медицинской деонтологии, родственники умершего становились защитниками врача, поскольку они видели, что врач сделал все, что было в его силах, и сам тяжело переживал происшедшее.

### Субъективный фактор

Анализируя причины врачебных ошибок, многие авторы, и прежде всего И. В. Давыдовский, применяют более простую классификацию, чем приведенная выше, и подразделяют их просто на объективные и субъективные.

При этом к объективным причинам относят позднюю госпитализацию больного; тяжесть состояния, не позволяющую провести необходимое обследование; редкие атипичные формы болезни; характерологические, возрастные, интеллектуальные особенности больного, которые, в частности, затрудняют сбор анамнеза; отсутствие возможности провести необходимые исследования и консультации. К субъективным — недостаточную квалификацию врача; незнание или нежелание выполнять принципы деонтологии, что ведет к формальному отношению к больному, его обследованию и лечению; переоценку или недооценку специальных исследований и др.

Роль субъективного фактора очень значительна. По данным Н. Э. Эльштейна на его

долю приходится до 60–70% всех причин диагностических ошибок.

Значительная часть ошибок связана с обыкновенной усталостью медицинских работников, обусловленной неудовлетворительной зарплатой, перегруженностью, неукомплектованностью штатов, бумажной волокитой. Поэтому в ряде европейских стран предлагается жесткое ограничение врачебной нагрузки.

Казалось бы, чем моложе врач, тем чаще он ошибается, однако практика показывает, что как раз опытные врачи ошибаются очень часто. И. В. Давыдовский объяснял это так:

«Дело в том, что эти врачи полны творческих дерзаний и риска. Они не бегут от трудностей, то есть трудных для диагноза случаев, а смело идут им навстречу.

...Надо называть вещи своими именами. Я много думал и передумывал снова и снова. Тысячи сложных и сложнейших операций и... довольно много смертей. Среди них много таких, в которых я прямо виноват. Нет, нет, это не убийства! Все во мне содрогается и протестует. Ведь я сознательно шел на риск для спасения жизни».

В одной из ведущих хирургических клиник Военно-медицинской академии, которой руководил Ю. Ю. Джанелидзе, проанализировали врачебные ошибки и выяснили, что почти половина из них совершена известными профессорами. О том же свидетельствуют и признания знаменитейших хирургов.



Николай Михайлович Амосов (1913–2002)

Н. М. Амосов, советский хирург-кардиолог, ученый-медик, литератор, автор новаторских методик в кардиологии и торакальной хирургии, академик АН УССР (1969), Герой Социалистического Труда вспоминал:

«В тридцатые годы — резекция желудка, удаление почки казались нам, аспирантам, вершиной хирургии. Наши светила лишь очень робко пытались сделать что-либо в грудной полости и почти всегда — неудачно. Потом надолго бросали. А теперь у меня ординаторы оперируют митральные пороки сердца, и больные не умирают. Да, конечно это дорого стоило людям. И хирургам. Но теперь есть отдача.

...Идет прибыль.... Смотришь — умирает все меньше и меньше. Уже думаешь — достиг! Начинаешь оперировать больных потяжелее — и тут тебя — раз! раз! Лежишь потом мордой в грязи: «Ах, зачем я взялся? Почему не остановился тут?» А потом отойдешь и снова что-то ищешь. И так многие хирурги, во всем мире».

### Деструктивное отношение врача к своим ошибкам

Как же ведут себя врачи, оказавшись лицом к лицу с собственными ошибками? Модели поведения могут быть как конструктивными (правильными) так и деструктивными (неправильными) — греховными.

Деструктивное поведение включает в себя: отрицание либо оправдание ошибки; перекладывание ошибки на другое лицо и отсутствие покаяния. Такое поведение греховно.

«Есть хирурги, — писал Н. Н. Петров, — которым кажется, что они все знают; их ничем не удивишь; им все доступно и никогда они не ошибаются. Такая позиция свидетельствует о невысоком идейном уровне подобных лиц; она мешает их прогрессу и закрепляет за ними их ошибки ко вреду как их самих, так и для их пациентов и их учеников, получающих таким образом дурной пример».

Такие врачи с упорством, достойным лучшего применения, всячески стремятся доказать свою правоту, хотя ошибка их очевидна.

Оправдание и перекладывание ответственности за свои ошибки на других достаточно распространены среди хирургов. Они объясняют свершенную ошибку плохой организацией, отсутствием инструментария, обвиняют ассистента, операционную сестру

и даже больного за то, что он не полностью сообщил свои жалобы, плохо выполнял рекомендации и др. Иногда это сопровождается неуместным остроумием: «После моих блестящих операций больные не имеют права плохо себя чувствовать».

Примером попытки врача переложить свою вину на других было поведение дежурного врача, который не сделал девочке срочно показанную операцию по поводу острого аппендицита. Пришедшие утром врачи отделения немедленно взяли больную в операционную, но у нее уже развился перитонит, и девочка погибла. Виновный в запоздалой операции дежурный врач при разборе дела упорно старался доказать, что смерть наступила по вине заведующего отделением, который якобы плохо произвел аппендэктомию.

Некоторые врачи, упорно защищаясь, выдвигают неоспоримый, с их точки зрения, довод: «А вы никогда не ошибались?». Таким врачам следует помнить: чужие ошибки не оправдывают их собственные.

Такое поведение — это грех самоуверенности и гордости, когда наше рациональное знание и уверенность: «я все смогу сделать», — заслоняет Христа и память о том, что врачебный дар — это дар Божий, а жизнь и здоровье пациента всецело находятся в руках Божиих.

Другой вариант деструктивного подхода — впадение в глубокую депрессию.



Портрет хирурга С. С. ЮДИНА (1891–1954). Художник М. В. Нестеров



«За 35 лет моей хирургической деятельности накопилось пять — шесть, а то и целый десяток таких трагических ошибок, — писал С. С. Юдин, — которые я не могу забыть десятилетиями и которые так глубоко потрясли мое сознание, чувства совесть, что, воспоминания о них я снова переживаю, как вчера, так и сегодня».

Иногда нравственный конфликт в душе врача, совершившего тяжелую ошибку с роковыми для больного последствиями, делается тяжелой личной трагедией и даже в ряде случаев завершается самоубийством. Трагический пример — самоубийство талантливого профессора-хирурга Петербургской военно-медицинской академии С. П. Коломина, потрясшее общественность в 1886 году, после смерти больной от передозировки кокаина при проведении операции по поводу язвы прямой кишки.

### Промысл Божий и врачебные грехи

Честно и смело говорил о своих ошибках основоположник отечественной нейрохирургии Н. Н. Бурденко:



Николай Нилович Бурденко (1876–1946)

«Я часто и сам во время своей деятельности совершал ошибки и в диагнозе, и в технике операций... однако, в отчаяние и уныние впадать не следует. Не уныние, а еще большую жажду испытаний и самосовершенствования должны вызывать наши неудачи и несовершенное знание».

С. С. Гирголав считал:

«Если врач искренне переживает свою ошибку, старается анализировать ее причину, при возможности исправить или свести к минимуму последствия ошибки, то он заслуживает сочувствия и не обвиняется коллегами. Кроме того, это снимает напряженные отношения в коллективе».

Но, имея дерзновение, врачи должны учиться сотрудничать с Богом. Творческий врач-новатор должен молиться и испрашивать благословения Божия через священнослужителя церкви или непосредственно у Бога, а затем, с рассуждением взвесив все за и против, приступить к разработанному лечению.

Врач должен научиться преодолевать трагические ошибки своей деятельности глубоким покаянием перед Богом и молитвой о пострадавшем больном. Врачу следует помнить, что он не Бог и поэтому не в состоянии распорядиться жизнью и смертью пациентов, даже сделав все от него зависящее.

Правильный (конструктивный) подход должен содержать:

- признание ошибки, покаяние перед Богом и исповедь;
- исправление возможного;
- извинение перед пациентом;
- анализ ошибки и стремление не повторять ее в будущем.

**Грех немощи.** Мы часто забываем, что врачебные ошибки должны быть предметом покаяния.

Порой от усталости, или плохого настроения, или рассеянности, или невнимательности, или болезненности телесного естества нашего мы не замечаем симптомов болезни и ставим диагноз неправильно или поздно.

Грех немощи часто связан с перегруженностью, переоценкой своих физических и интеллектуальных возможностей, самоуверенностью, т. е. с различными проявлениями гордости. Мы не хотим себе сознаться, что эта ошибка в диагностике или проводимом вмешательстве связана с тем, что мы сегодня были не в форме или по каким-то причинам задуманное не получилось. А всего-то и надо сказать: «Да, я сегодня пло-

хо оперировал, я сделал пациенту больно, я неудачно обследовал больного, прости меня, Господи».

**Грех самонадеянности.** Врач, целиком уповающий на собственные силы, наносит урон своей душе и подвергает дополнительному риску жизнь и здоровье пациентов.

Грех самонадеянности — это отсутствие сотрудничества с Богом. Грех за перегруженность и неудовлетворительный хронометраж лежит на руководителях здравоохранения; при перегруженности врач должен учиться уповать на помощь Божию и содействие Божие там, где он сам не успевает или физически истощен.

**Грех некомпетентности** мы видим в себе, когда из-за недостаточной подготовки принеся больным страдания, которых не было бы, если бы уровень профессионального мастерства был выше.

Преодоление его — в постоянной работе над собой, над своим профессиональным уровнем, своей ленью и нерадением к специальности. Врач обязан учиться всю свою жизнь. Все быстро меняется: препараты, оборудование, ситуации. Врач — это не станок, не механизм. Это человек, практически проживающий свою жизнь вместе с больными, учитывающий, анализирующий все факторы происходящего вокруг него и адаптирующий их к ситуации.



Станислав Яковлевич Долецкий (1919–1994)

В последнее время мы чаще отмечаем незнание, неумение даже не у молодых, а у вполне

зрелых врачей. Последние были не лучшим образом научены, а, самое главное, полностью пренебрегли самообразованием и самовоспитанием.

С. Я. Долецкий — детский хирург, писатель, академик АМН СССР, придавал большое значение личности врача:

«Ограниченный интеллект, плохие руки, несамокритичность, небрежность, самоуверенность, сверхэмоциональность, торопливость и многое другое могут быть в равной мере связаны с недостатком воспитания, происхождением и с неблагоприятными обстоятельствами. Дефекты интеллигентности и культуры напрямую не могут быть связаны с ятрогенией, но бесспорно, имеют непосредственное значение».

**Грехи сребролюбия и человекоугодия** мы видим, когда на первом месте стоит желание использовать больного человека для личной финансовой или человеческой выгоды, а не послужить болящему Христу. Они преодолеваются милосердием, бескорыстием и личной благотворительностью врача: материальной или профессиональной.

**Грех неблагодарности:** всегда ли мы благодарим Господа за то, что Он дал возможность послужить Ему, помогает нам в лечении больных?

«Все могу во укрепляющем меня Иисусе Христе», — вот правильное внутреннее устройство врача.

## Профилактика врачебных ошибок

И. А. Кассирский предупреждал, что клинико-анатомические конференции не должны превращаться в судилище патанатома над клиницистами. Вместе с тем и клиницисты должны самокритично освещать клинику прижизненных данных больного.

«На этих конференциях должны неизменно царить рабочая атмосфера и постоянно доминировать дух взаимопонимания и взаимопомощи, научной добросовестности и бескомпромиссности в отношении установления истины».

Разбирая ошибку, совершенную хирургом ради получения объективной картины,

целесообразно рассмотреть всю деятельность отделения в целом, т. к. ошибка хирурга во многом может зависеть от организации работы отделения и характера взаимоотношений сотрудников. Без этого условия пострадать может хирург, много лет честно работающий, спасший сотни больных.

Надежной профилактикой многих врачебных ошибок можно считать:

- стремление к компетентности;
- систематическое неформальное повышение своих знаний;
- неуклонное добросовестное исполнение профессиональных обязанностей;
- соблюдение принципов «не вреди» и «риск только в интересах больного»;
- приучение себя не стесняться прибегать к помощи опытных коллег и консультантов;
- неизменно критическое отношение ко всем своим действиям.

Полезна практика тех отделений, где проводятся систематические гласные обзоры совершенных ошибок в присутствии всех сотрудников, способствующие предупреждению новых ошибок. Большое значение имеют клиничко-анатомические конференции и лечебно-контрольные комиссии.

Но все это не заменит хранения совести врача в отношении Бога, когда лишь на Него уповает он в своем врачевании и жизни и Ему предает участь свою и своих больных — и временную, и вечную. Что же такое хранение совести в отношении к Богу? Совестьливый пред Богом врач:

- не приписывает себе дары Божии;
- постоянно помнит о Боге и ходит в присутствии Божиим;
- осознает себя носимым и хранимым силою Божией;
- и себя, и все свое врачебное искусство посвящает на служение Богу и во славу имени Его;
- на Него уповает в своем врачевании и жизни и Ему предает участь свою и своих больных — и временную, и вечную.

### Юридические последствия врачебных ошибок

Термин «врачебная ошибка» употребляется лишь в медицинской литературе и практи-

ке. В Российском Уголовном кодексе этот термин отсутствует и доказать в суде врачебную ошибку практически невозможно.

Чаще всего уголовные дела против медиков возбуждаются по ст. 109 ч. 2. «причинение смерти по неосторожности», ст. 118 ч. 2. «причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности» и ст. 293 — «халатность».



Леонид Михайлович Рошал

«Медицинское сообщество сегодня не защищено. И в нашем уставе есть целый раздел, посвященный защите врача. Это создание третейских судов, досудебное разбирательство, страхование профессиональной ответственности и т. д. Сегодня растет вал претензий к медицинским работникам. И нам надо постараться этот вал остановить. Там, где доктор виноват, он виноват. А если не виноват, мы должны его защитить».

Л. М. Рошал, директор московского НИИ неотложной детской хирургии и травматологии

Еще одной проблемой являются судебно-медицинские экспертизы, основные источники доказательств в подобных делах. Нередко их выводы оказываются необъективными или эксперты отказываются устанавливать причинно-следственную связь между действиями медиков и смертью пациента.

В апреле 2013 г. Минздрав опубликовал проект закона «Об обязательном страховании пациентов при оказании медицинской помощи». Документ вызвал споры в медицинской среде: многие сочли, что понятие «врачебная ошибка» в законопроекте определено некорректно. Им названо «любое, повлекшее независимо от вины медицинской организации или ее работника, причинение вреда жизни



## Литература

и здоровью пациента». Более уместным представляется рассматривать отдельно дефекты медицинской помощи и действия врача, повлекшие негативные последствия для здоровья пациентов, без наличия вины в действиях доктора.

Невыполнимым, по мнению многих, выглядит и намерение создавать комиссии из независимых экспертов, которые будут устанавливать врачебные ошибки, причем делать это на общественных началах. «О том, что в центре всего стоит пациент, говорится только в названии, но не в концепции этого закона», — считает Л. М. Рошаль.

Проект закона не защищает медицинские организации и врачей от исков пациентов. Поэтому у врача, находящегося в современном противоречивом законодательном поле, прежде всего, должна быть личная ответственность перед Богом за свою деятельность и здоровье пациентов.

*Акопов В. И., Маслов Е. Н.* Право в медицине. М.: Книга-сервис, 2002. 352 с.

*Бойко Ю. Г., Силяева Н. Ф.* Клинико-анатомический анализ врачебных ошибок. Минск, 1994. 106 с.

*Давыдовский И. В.* Врачебные ошибки // Советская медицина. — 1941. № 3. С. 3–10.

*Кассирский И. А.* О врачевании. Проблемы и раздумья. М., 1970. 271 с.

*Пирогов Н. И.* Собрание сочинений в 8 т. М., 1959. Т. 2. С. 13–14.

*Ричард К. Ригельман.* Как избежать врачебных ошибок. М.: Практика, 1994. 203 с.

*Рыков В. А.* Врачебная ошибка: медицинские и правовые аспекты // Медицинское право. М.: Юрист, 2005, № 1. С. 41–45

*Эльштейн Н. В.* Современный взгляд на врачебные ошибки // Терапевтический архив. — М.: Медицина, 2005. № 8. С. 88–92.

## НОВОСТИ

### РОСТОВ-НА-ДОНУ

**14 ноября 2014 г.** в рамках **XIX Димитриевских чтений** в Ростовском государственном медицинском университете (РостГМУ) состоялась работа секции **«Медицина и Православие: от прошлого к будущему»**. Ее работу возглавил координатор сектора по работе с медицинскими учреждениями ОЦБСС Ростовской епархии, клирик Свято-Казанского храма, духовник Ростовского-на-Дону общества православных врачей иерей Александр Новиков.

Всех собравшихся в зале заседаний учебного совета РостГМУ — сотрудников и студентов университета, прихожан храмов епархии, приветствовала проректор по учебной работе Н. В. Дроботя. Иерей Александр Новиков во вступительном слове сделал обзор литературы, отражающей опыт взаимодействия Православной Церкви и медицины на современном этапе. На секции был заслушан доклад заведующего кафедрой истории и философии РостГМУ, проф. Л. В. Жарова, темой которого был опыт преподавания в вузе курсов «Мировые религии» и «Православная культура». Докладчик выразил благодарность настояте-

лю Свято-Казанского храма протоиерею Димитрию Соболевскому и руководителю Отдела религиозного образования и катехизации Ростовской епархии протоиерею Андрею Мекушкину, своими трудами способствовавших включению этих курсов в образовательное поле будущих врачей.

Иерей Александр Новиков в своем докладе «Зачем медицине нужна православная антропология?» обозначил четыре аспекта понимания человека в православной антропологии: человек «в чистом виде» (каким его задумал Бог); человек, совершивший грехопадение; человек во Христе (который несет подвиг самоотречения, любви, следования заповедям Божиим) и человек в вечности. Доклад был иллюстрирован множеством ссылок на работы современных специалистов, имена которых в равной степени принадлежат Церкви и медицинской науке. Ключевым понятием доклада была личность, понимание человека в его целостности.

В ходе работы секции выступила ассистент кафедры истории и философии РостГМУ И. К. Жолобова с рассказом о находившемся некогда на территории современного РостГМУ храма во имя Архистратига Михаила. Препода-

ватель медицинского колледжа при РостГМУ Л. А. Шимко доложила о деятельности студенческого волонтерского отряда «Ангелы милосердия Дона». Сообщение доцента кафедры внутренних болезней № 4 РостГМУ М. К. Ахвердиева было посвящено теме нравственного облика врача на разных этапах развития медицины.

По итогам заседания состоялось обсуждение докладов. Участники секции сделали вывод о необходимости дальнейшей интеграции инициатив Православной Церкви и медицинского сообщества для плодотворной учебно-воспитательной работы с будущими врачами, адекватного развития медицинской науки и практики.

После завершения работы секции состоялось чаепитие. Председатель секции и все участники благодарят за помощь в организации конференции в РостГМУ сестер из общины милосердия св. блж. Ксении Петербургской и руководителя волонтерского движения Свято-Казанского храма Д. А. Щербака.

*По материалам kazanskoi.ru*