

Протоиерей Сергей Филимонов

Г. Л. Микиртчян

**ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ
И ВРАЧЕБНЫЕ ГРЕХИ**

Санкт-Петербург — Купавна
2014

Прот. Сергей Филимонов, Г. Л. Микиртичан

Врачебные ошибки и врачебные грехи. — СПб.: 2014. — 36 с., с илл.

Представляемая вниманию уважаемых читателей брошюра является совместным трудом зав. кафедрой гуманитарных дисциплин и биомедицинской этики СПбГПМУ, профессора, д.м.н. Галины Львовны Микиртичан и председателя Общества православных врачей Санкт-Петербурга, профессора СПбГПМУ, д.м.н., протоиерея Сергея Филимонова.

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.

Прочитав брошюру, вы узнаете о причинах возникновения и классификации врачебных ошибок, о мерах профилактики и поведении врача при врачебных ошибках. При всей драматичности этой темы, анализ врачебных ошибок позволяет не совершать их в будущем.

© Г. Л. Микиртичан, 2014
© Прот. Сергей Филимонов, 2014
© Общество православных врачей
Санкт-Петербурга им. свт. Луки
(Войно-Ясенецкого), 2014

Все действия врачей, вызвавшие неблагоприятные последствия для больного, большинство судебных медиков и юристов делят на три группы: несчастные случаи, врачебные ошибки и профессиональные преступления.

Под несчастным случаем в медицинской практике принято понимать неблагоприятный исход врачебного вмешательства, связанный со случайными обстоятельствами, которые врач не мог предвидеть и предотвратить. Такие исходы чаще всего связаны с индивидуальной повышенной чувствительностью к некоторым лечебным препаратам или возникают при проведении различных диагностических и лечебных манипуляций, т. е. их нельзя предусмотреть при самом добросовестном отношении медицинского персонала к своим служебным обязанностям.

К несчастным случаям относят неожиданные смертельные исходы, например,

- при индивидуальной непереносимости вводимого препарата;
- активизирования дремлющей инфекции;
- послеоперационных осложнений (воздушная эмболия, перитонит и кровотечение);
- асфиксии или остановки сердца во время наркоза;
- осложнения после диагностических процедур: ангиографии, пиелографии, гастрофиброскопии, спинномозговой пункции, катетеризации сердца и др., рефлекторной остановки сердца во время эзофагоскопии.

Для доказательства несчастного случая необходимо исключить возможность профессиональной неграмотности, небрежности врача, а также врачебной ошибки.

Примером несчастного случая может служить использование некачественно приготовленного предприятием (аптекой) официального продукта для медицинской технологии. Особенно часто с несчастными случаями сталкиваются хирурги, когда в процессе оперативного вмешательства у больного выявляется какая-либо патология. Иногда это происходит и в ходе самых обычных, рутинных операций.

Главный судебно-медицинский эксперт Москвы профессор В. Жаров приводит пример несчастного случая, при тонзилэктомии проводимой у 17-летней девушки. Были соблюдены все пункты инструкции, определена группа крови 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).

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. Этому способствует и то обстоятельство, что в законодательстве термин «врачебная ошибка» отсутствует в связи с чем юристы его обычно не применяют. Этот термин получил распространение преимущественно в медицинской литературе, хотя и здесь нет по этому вопросу единой точки зрения.

В нашей стране многие придерживаются мнения известного патолога И.В. Давыдовского, что главным критерием врачебной ошибки является вытекающее из определенных объективных условий добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния ме-

дицинской науки и ее методов исследования, на особом течении заболевания у определенного больного или на 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 или 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 являются ошибочными.

На основе понятия введенного И.В. Давыдовским дано определение в Большой Медицинской Энциклопедии (т. 4, стр. 422): «Под врачебной ошибкой понимаются ошибки врача при исполнении им своих профессиональных обязанностей, являющимися следствием добросовестного заблуждения и не содержащие состава преступления или признаков проступка».

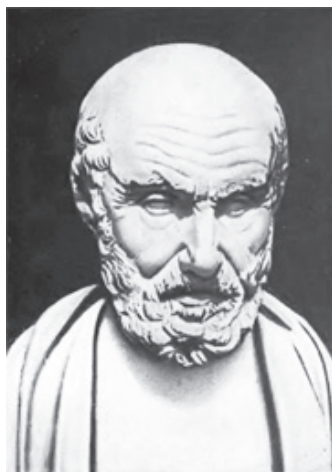
О возможном нанесении врачом вольного или невольного вреда больному говорилось с древнейших времен.

Отношение к врачебным ошибкам исторически менялось от сокрытия до полной огласки. Многие выдающиеся врачи придавали большое значение откровенному признанию своих ошибок. Гиппократ определил нравственное поведение врача в подобных ситуациях: «Хороший врач тот, кто редко оши-



*Ипполит Васильевич
Давыдовский
(1887–1968)*

бается, но еще лучший — кто не скрывает своих ошибок ... если мы будем требовательны к себе, то не только успех, но и ошибка станет источником знаний». Он считал, что при совершении незначительных ошибок 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 отметить ошибку в своих записях в назидание врачам следующих поколений.



Гиппократ (V век до н. э.)

Вслед за Гиппократом виднейший ученый I в н. э. Цельс писал: «...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, схоластическим подходом к методам познания болезни и ее лечения. Но оставались врачи, которые подобно французскому хирургу XVIII столетия Ж.Л. Пти, могли сказать: «Ошибки являются только ошибками, когда у тебя имеется мужество их обнародовать, но они становятся преступлением, когда гордыня тебя побуждает их скрывать».



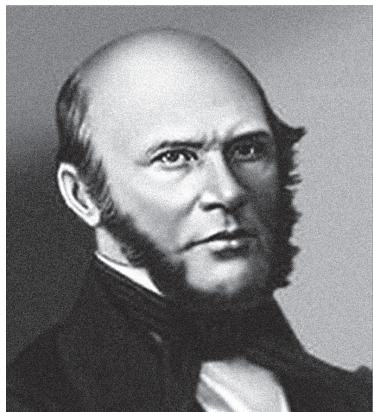
*Авл Корнелий Цельс
(53 г. до н. э. — 7 г.)*

В России пристальное внимание к ошибкам вра-

ча, их публичному признанию и анализу связано с именем Н.И. Пирогова.

В «Анналах хирургического отделения клиники императорского Дерпского университета» (1837, 1839), почти полностью посвященных разбору хирургических ошибок, Н.И. Пирогов писал: «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 сотоварищей 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».

Н.И. Пирогов считал, что каждый добросовестный человек дол-



*Николай Иванович Пирогов
(1810–1881)*

жен уметь признать и обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них людей менее сведущих. О себе же он говорил: «...с самого начала моего врачебного поприща я принял за правило: не скрывать ни моих заблуждений, ни моих неудач, и я доказал это, обнародовав 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».

Его современник, австрийский хирург Т. Бильрот отмечал: «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».

В разных областях хирургии Т. Бильрот, австрийский хирург, современник Н.И. Пирогова, явился первопроходцем и многие операции рассматривались в его работах либо были впервые выполнены им самим: обширные резекции языка при раке, удаление щитовидной железы и женских половых органов, операции на печени, крупных суставах, артериальных сосудах при аневризмах. Он по праву считается королем абдоминальной хирургии. Ему впервые удалась резекция желудка по поводу рака, а ставшие классическими способы резекции желудка носят сегодня имя Бильрота.



Теодор Бильрот (1829–1894)

Порой в случае смерти больного в результате ошибки врачи предъявляли к себе повышенные требования ответственности. Известный московский хирург-уролог Ф.И. Синицын специально устраивал «покаянные» субботы, где разбирали ошибки случившиеся в его клинике.

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

В 1936 году вышел первый том 4-томного руководства для врачей «Ошибки, опасности и непредвиденные осложнения при лечении хирургических заболеваний». В написании руководства приняли участие около 50 виднейших хирургов СССР под редакцией Э.Р. Гессе, С.С. Гирголава и В.А. Шаака.

Врачебные ошибки во всех странах являются сложной проблемой. По статистике первенствующее место в соверше-

нии врачебных ошибок принадлежит хирургам, акушерам-гинекологам, стоматологам и косметологам.

«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»



*Иосиф Абрамович Кассирский
(1898–1971)*

И.А. Кассирский



Проблема врачебных ошибок глобальна. По данным Чарльза Скетчарда, вице-президента Oracle EMEA по здравоохранению, более 100 ты-

сяч 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. В среднем американский врач тратит на страховые взносы до 10% своего годового заработка, а средняя врачебная ошибка по решению суда «стоит» 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 медицинская ошибка является третьей по частоте причиной смертности после онкологии и сердечно-сосудистых заболеваний.

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

Официальную статистику врачебных ошибок в России никто не ведет. При этом в российском медицинском сообществе распространена точка зрения, что каждый третий диагноз в нашей стране ставится неверно.

«По данным Минздрава России смертность 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 жизней в год», — считает управляющий Центра медицинского права А.В. Панов.

Из существующих многочисленных классификаций врачебных ошибок наиболее удобной в практической работе нам кажется классификация хирургов Н.И. Краковского и Ю.Я. Грицмана, позволяющая разграничивать их 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).



*Лев Владимирович
Кактурский*

«Процесс расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, то есть прижизненного и посмертного, по результатам вскрытия, всегда стабилен и колеблется в интервале от 10 до 20% во всем мире. В самых современных клиниках, оснащенных новейшим оборудованием, новейшими приборами. Т.е. каждый десятый, или даже пятый больной, 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 ГУ НИИ морфологии человека РАМН, с 1996 г.
зав. патологоанатомическим отделением
ЦКБ 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%».

«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».



Вил Иванович Акопов

*В.И. Акопов,
д. м. н., профессор, зав. организационно-методическим
отделом ГБУ Ростовской области «Бюро СМЭ»*

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; не использования консультаций различных специалистов; недооценки сопутствующих заболеваний и осложнений.

Пациент, страдающий только одним из заболеваний, 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.

Есть лечебные учреждения, оснащенные новейшим медицинским оборудованием, в них может возникнуть как будто парадоксальная ситуация, когда «избыточность медицинского вооружения» не улучшает результаты обследования и лечения, а иногда приносит прямой или косвенный вред. Иногда диагноз совершенно ясен без сложных исследований, а проведение их затягивает время начало лечения и мучительно для больных. Именно поэтому классические методы обследования по-прежнему имеют очень важное значение.

Больная, 23-х лет. При обследовании был поставлен диагноз гемосидерома среднего уха и назначены различные методы лучевого и лабораторного исследования. Готовилась к радикальной операции на ухе. Однако больной ранее не было проведено банальной отомикроскопии. Во время проведения данного исследования была обнаружена голубая

бусинка, покрытая серными массами и застрявшая в наружном слуховом проходе на барабанной перепонке с 5-летнего возраста и создавшая эффект «голубого уха». Бусинка была удалена, 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 лечения и прогрессированию болезни, переоценка же опасна непоказанным оперативным вмешательством или облучением. Тот и другой случай требует дополнительного повторного исследования и высококвалифицированной консультации.

Беременной больной был поставлен диагноз рак груди, подтвержденный гистологическим исследованием. Было предложено прерывание беременности, ампутация груди, химио- и лучевая терапия. Мультидисциплинарная бригада из 2-х священников, онколога, гинеколога и участкового врача наблюдала пациентку до самых родов. Пациентка отказалась от ампутации груди и аборта. Исповедовалась, причащалась, молилась. 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. Трагедии в результате скоропалительных решений онколога удалось избежать.

Многие диагностические ошибки возникают при обобщении результатов обследования больных. Неправильная оценка полученных клинических данных у ряда врачей может быть вызвана неспособностью к концептуальному мышлению. Переоценка и неверная интерпретация ведущего симптома может привести к трагическим последствиям, например острые боли в животе при недиагностированной абдоминальной форме инфаркта миокарда заставили хирурга пойти на оперативное вмешательство, во время которого больной погиб.

Также причиной диагностических ошибок может быть 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 показывали лимфоцитоз и лейкопению. При детальном осмотре терапевтом у ребенка была обнаружена увеличенная, болезненная селезенка и при тщательном сборе анамнеза было установлено, что летом, когда он жил на даче, там была вспышка малярии. При исследовании крови диагноз «Малярия» был подтвержден, соответствующее лечение привело к выздоровлению ребенка. 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.

Следующая группа причин — **ошибки в лечении больных**. Лечебные ошибки, прежде всего, связаны с неправильной диагностикой, когда больному назначается лечение не соответствующее его заболеванию.

Ошибки в лечении больных

- неполноценное обследование больного;
- неправильной диагностикой, выбором методов исследования, для установления диагноза;
 - неправильной оценкой результатов исследования, вследствие чего больному устанавливается диагноз и назначается лечение не соответствующие его заболеванию;
 - ошибками в установлении показаний и противопоказаний к тому или иному методу лечения;
 - отсутствием динамичности в понимании болезненного процесса, что обуславливает длительное однотипное лечение без учета его эффективности;

- игнорированием совместимости лекарств, их побочных действий;
- полипрагмазией — назначением большого числа наименований лекарств;
- неправильным выполнением лечебных манипуляций;
- не всегда оправданной выжидательной тактикой хирурга;
- пренебрежением исследования общего состояния организма, например, при показаниях к операции, терапевта на консультацию приглашают уже после проведения операции;
- чрезмерной, слишком «смелой» деятельностью врачей, особенно свойственна хирургам, поэтому и получила название «хирургической агрессии».

Недоучет или полное невнимание к индивидуальным особенностям больного, в частности, к непереносимости различных лекарственных препаратов может привести к тяжелым последствиям. Отсутствие динамичности в понимании болезненного процесса обуславливает длительное однотипное лечение без учета его эффективности, не обращается внимание на совместимость лекарств, их побочные действия. К ухудшению состояния больного часто ведет полипрагмазия.

Для судьбы больного бывает опасной выжидательная тактика хирурга, особенно при ургентной патологии, когда слишком поздно проведенное хирургическое вмешательство не спасает больного.

Отдельные хирурги при показаниях к операции не учитывают общего состояния организма. Терапевта на консультацию приглашают после проведения 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.

Ошибки также возникают при чрезмерной, слишком «смелой» деятельности врачей. Такая деятельность особенно свойственна хирургам, поэтому и получила название «хирургической агрессии». «Хирургическая агрессия» — это такое явление, когда врач производит серьезное оперативное вмешательство при недостаточной его обоснованности и отсутствия 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 проведения таких операций.

К ошибкам лечения могут привести отсутствие необходимых специалистов, лекарственных препаратов, специальной лечебной аппаратуры.



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

Архиепископ Лука обычно перед операцией спрашивал больного верует ли он в Бога, так как не профессор возвратит ему жизнь, а Бог рукой доктора.

В операционной у Владыки Луки на тумбочке стояла икона, а возле нее зажженная лампада. Перед операцией Владыка ставил йодом крест на теле больного.

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.

При анализе летальных исходов, когда изучалось не только клиническая история болезни, но и амбулаторная карта, выяснилось, что некоторым больным с хроническими заболеваниями, находящимися под наблюдением врача поликлиники, ни разу за многие годы не проводились анализы крови и мочи. Ю.Г. Бойко и Н.Ф. Силаева приводят пример, когда у больной страдавшей гипертонической болезнью с атеросклеротическим нефросклерозом за 7 лет не был сделан ни один 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 в приемном покое от сердечной недостаточности.

Ошибки в диагностике и лечении могут быть связаны с небрежно и неполно оформленной медицинской документацией, затрудняющей преемственность между различными учреждениями, между врачами различных 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;
- 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;
- наличие расхождений в записях в истории болезни и листе назначений для мед.сестры;
- 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 в любой период взаимоотношений врача и пациента: при обследовании, лечении, 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». Невнимание к жалобам больного — чисто этическая категория, но от этого зависит полнота анамнеза необходимая 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. В деонтологических ошибках особое значение имеют черты характера хирурга. Самоуверенный врач не желает прислушиваться к советам своих коллег. Неуверенный в себе врач, наоборот, не критически 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, наблюдая 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».

«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.

А для этого 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.

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

(Анализируя все причины врачебных ошибок, многие авторы и, прежде всего И.В. Давыдовский, подразделяют их на объективные и субъективные. 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 причинам, прежде всего, относятся недостаточная квалификация врача; не знание или не желание выполнять принципы деонтологии, что ведет к формальному

отношению к больному, его обследованию и лечению; переоценка или недооценка 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 доля ошибок связана с обыкновенной усталостью медицинских работников, обусловленной неудовлетворительной зарплатой, перегруженностью, неучастием в штатах, бумажной волокитой. В связи с чем в ряде европейских стран предлагается жесткое ограничение нагрузок на врачей.

Грехи немощи — когда по усталости, или плохому настроению, или рассеянности, или невнимательности, или болезненности телесного естества нашего, мы пропускаем или 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. 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 надо сказать: «Да, я сегодня плохо оперировал, да я сделал пациенту больно и неудачно исследовал больного, прости меня, Господи». Мы часто забываем, что все это является предметом покаяния.

Казалось бы, чем моложе врач, тем чаще он ошибается, однако практика показывает, что опытные врачи ошибаются 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 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 оперируют ординаторы 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».



*Николай Михайлович Амосов
(1913–2002)*

Н.М. Амосов, советский хирург-кардиолог

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, с рассуждением взвесив все за и против, приступить к разработанному лечению.

Грех отсутствия 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.

В одной из ведущих хирургических клиник Военно-медицинской академии, которой руководил Ю.Ю. Джаналидзе,

был проведен анализ врачебных ошибок, выявивший, что почти половина из них совершена известными профессорами. Об этом же свидетельствуют и признания знаменитейших хирургов.

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

Деструктивное поведение включает в себя: отрицание ошибки; перекладывание ошибки на другое лицо; оправдание ошибки. «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».

Деструктивное поведение — греховное поведение включает в себя:

- отрицание ошибки;
- перекладывание ошибки на другое лицо;
- самооправдание ошибки и отсутствие покаяния.

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 распространено 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: «По-

сле 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 срочно показанную операцию девочке по поводу острого аппендицита. Пришедшие утром врачи отделения немедленно взяли больную в операционную, но у нее уже развился перитонит, от которого 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.

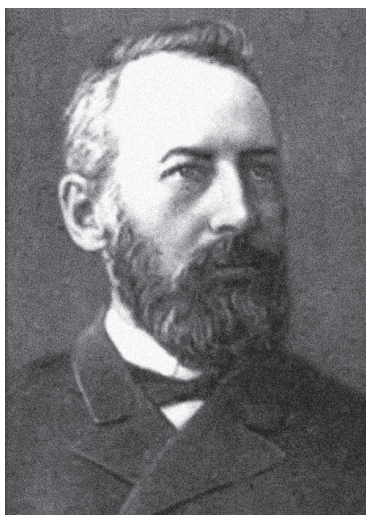
Некоторые врачи, упорно защищаясь, выдвигают неоспоримый, с их точки зрения, довод: «А вы никогда не ошибались?». Таким врачам следует учитывать, ошибками других нельзя оправдываться.

То относится к греху 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.

Другим вариантом деструктивного подхода является впадение в глубокую депрессию. «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 последствиями для больного, доходил до степени тяжелой личной трагедии, которая в ряде случаев завершалась самоубийством врачей. Трагическим примером является самоубийство талантливого профессора-хирурга Петербургской Военно-Медицинской академии С.П. Коломна, потрясшее всю общественность в 1886 году,

после смерти больной от передозировки кокаина при проведении операции по поводу язвы прямой кишки.



*Сергей Петрович Коломнин
(1842–1886)*



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

Промысл Божий и врач

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

Правильный (конструктивный) подход должен содержать признание ошибки; исправление и извинение за нее.

Конструктивный подход:

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



*Николай Нилович Бурденко
(1876–1946)*

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

дачи 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».

Профилактика врачебных ошибок:

- стремление к высокой компетентности;
- систематическое неформальное повышение своих знаний;
- постоянная добросовестность в отношении к профессиональным обязанностям;
- соблюдать принцип «Не вреди» и идти на риск только в интересах больного;
- не стесняться прибегать к помощи опытных коллег, консультантов;
- всегда критически относиться к своим действиям.

Полезна практика тех отделений, где проводятся систематические гласные обзоры совершенных ошибок в присутствии всех сотрудников, способствующие предупреждению новых ошибок.

Большая роль в предупреждении врачебных ошибок принадлежит клинико-анатомическим конференциям и лечебно-контрольным комиссиям, но их не заменит хранение совести врача в отношении Бога, когда на Него уповает в своем врачевании и жизни и Ему предает участь свою и своих больных и временную и вечную.

Хранение совести в отношении к Богу:

врач пребывает в памяти Божией и ходит в присутствии Божием; 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.

Дары Божии не приписывать себе и помнить, что мы все ходим под Богом

Грехи некомпетентности: когда из-за недостаточной подготовки мы приносим больным страдания, которых не было бы, если бы уровень профессионального мастерства был более высок.

Преодоление этой группы грехов — в постоянной работе над собой, над своим профессиональным уровнем, своей ленью и нерадением к специальности. Врач обязан учиться всю свою жизнь. Все 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.

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, свержэмоциональность, торопливость и многое другое могут быть в равной мере связаны с недостатком воспитания, прохождением и с неблагоприятными обстоятельствами.



*Станислав Яковлевич Долецкий
(1919–1994)*

Дефекты интеллигентности и культуры напрямую не могут быть связаны с ятрогенией, но бесспорно, имеют непосредственное значение».

Грехи сребролюбия и човекоугодия: когда на первом месте преобладало желание использовать большого человека для личной финансовой или человеческой выгоды, а не послужить болящему Христу.

Преодолевается милосердием, бескорыстием и личной благотворительностью врача: материальной или профессиональной.

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

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

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 всех сотрудников. Без этого условия пострадать может хирург много лет честно работающий, спасший сотни больных.

Термин «врачебная ошибка» употребляется лишь в медицинской литературе и практике. 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».



«...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. Рошаль, директор московского НИИ неотложной детской хирургии и травматологии

Еще одной проблемой являются судебно-медицинские экспертизы, являющиеся основными источниками 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.

Напомним определение И.В. Давыдовского: «Врачебная ошибка — это добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве самой врачебной науки и ее методов, или в результате атипичного течения болезни, или недостаточной подготовки врача, если при этом не обнаруживаются элементов халатности, невнимательности или медицинского невежества».

В проекте же закона определено, что это «любое, повлекшее независимо от вины медицинской организации или ее работника, причинение вреда жизни и здоровью пациента».

Уместно же 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. 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.

Литература:

1. *Акопов В. И., Маслов Е. Н.* Право в медицине. М.: Книга-сервис, 2002. 352 с.
2. *Бойко Ю. Г., Силяева Н. Ф.* Клинико-анатомический анализ врачебных ошибок. Минск, 1994. 106 с.
3. *Давыдовский И. В.* Врачебные ошибки // Советская медицина. 1941. № 3. С. 3–10.
4. *Кассирский И. А.* О врачевании. Проблемы и раздумья. М., 1970. — 271 с.
5. *Пирогов Н. И.* Собрание сочинений в 8 т. М., 1959. Т. 2. С. 13–14.
6. *Ричард К. Ригельман.* Как избежать врачебных ошибок. М.: Практика, 1994. 203 с.
7. *Рыков В. А.* Врачебная ошибка: медицинские и правовые аспекты // Медицинское право. М.: Юрист, 2005, № 1. С. 41–45
8. *Эльштейн Н. В.* Современный взгляд на врачебные ошибки // Терапевтический архив. М.: Медицина, 2005. № 8. С. 88–92.



Церковно-медицинский журнал

ЦЕРКОВЬ И МЕДИЦИНА

Центральный орган печати
Всероссийского Общества
Православных Врачей России и
Общества православных врачей
Санкт-Петербурга
им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого)

Журнал «Церковь и медицина» будет интересен и полезен не только врачам православного исповедания (как членам православных медицинских сообществ, так и их многочисленным потенциальным участникам), но также священникам, сестрам милосердия, социальным работникам, широкому кругу читателей, интересующихся историей медицины и милосердного служения, биомедицинской этикой и православными взглядами на современные медицинские технологии. Журнал выходит с периодичностью 2 раза в год.

Оформить подписку на журнал можно

- в почтовых отделениях: подписной индекс в каталоге
«ПРЕССА РОССИИ» — 91794
- через интернет: www.akc.ru
www.press-med.ru

Журнал можно приобрести

в Санкт-Петербурге:

- в киоске храма «Державной» иконы Божией Матери (пр. Культуры, д. 4, корп. 3);
- на открытых заседаниях Общества православных врачей Санкт-Петербурга в Первом СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова.

Вниманию авторов! Статьи принимаются по адресу: opvspb@mail.ru

Познакомиться с архивом номеров журнала можно на сайте ОПВ СПб:

www.opvspb.ru

Краткая информация об Обществе православных врачей России

Общероссийская общественная организация «Общество православных врачей России имени святителя Луки (Войно-Ясенецкого), архиепископа Симферопольского» было образовано по решению представителей 49-ти епархий Русской Православной Церкви, участвовавших в I Всероссийском съезде православных врачей, который проходил в Белгороде 29–30 сентября 2007 г.

12 октября 2007 г. Святейший Патриарх Московский и всея Руси Алексей благословил деятельность Общества православных врачей России, присвоив ему имя святителя Луки, архиепископа Симферопольского, — исповедника и врача.

Целью Общества православных врачей России является объединение существующих и вновь возникающих региональных обществ православных врачей в единую организацию, главным направлением деятельности которой будет являться привнесение христианских ценностей в российскую медицину и улучшение качества здоровья граждан Российской Федерации.

Основной задачей Общества является улучшение медицинской помощи населению России, основанное как на духовном врачевании, осуществляемом священнослужителями Русской Православной Церкви, так и на оказании членами региональных обществ посильной безвозмездной профессиональной медицинской помощи, понимаемой православными врачами как служение страдающему человеку.

Адрес ОПВР: 109004, Москва, ул. Николоямская, 57/7, ОПВР. Телефон: (495) 912-91-37; сайт: www.opvr.ru e-mail: info@opvr.ru.

Научно-просветительское Общество православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) архиепископа Крымского

Общество православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого), архиепископа Крымского было организовано в 2000 г.

Внутренний Устав, цели и задачи Общества были благословлены правящим архиереем митрополитом Санкт-Петербургским и Ладожским Владимиром.

Общество православных врачей Санкт-Петербурга (ОПВ СПб) является профессиональным объединением врачей различных специальностей, исповедующих православную веру. Члены Общества трудятся во многих ведущих высших медицинских учебных заведениях города и крупных больницах, где на своих рабочих местах проводят консультации обратившимся за помощью в Общество больным.

Причинами создания ОПВ в Санкт-Петербурге явилось стремление объединить православных врачей различных лечебных учреждений города для совместной деятельности, а также консолидировать усилия представителей профессиональной традиционной медицины против различного рода оккультного «целительства», получившего широкое распространение в последнее время.

Пленарные заседания проводятся каждый второй вторник месяца в 18.00 по адресу: ул. Льва Толстого, д. 17, Нефрокорпус (№ 54), Клиника урологии, 3 этаж, ауд. № 1, Первый СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. **Тел.: (812) 334-15-88 и (812) 293-27-51; сайт: www.opvspb.ru; e-mail: opvspb@mail.ru**

При Обществе православных врачей Санкт-Петербурга открыт **Душепопечительский центр (ДПЦ)** реабилитации лиц, пострадавших от экстрасенсорики, оккультизма и проч.

Прием ведут православные врачи-специалисты.

Телефон диспетчерской службы: (812) 293-27-51.

Для заметок

Протоиерей Сергей Филимонов
Г. Л. Микиртичан

Врачебные ошибки
и врачебные грехи

Ответственный за выпуск — Лободина С. В.
Редактор — Яновская И. Л.
Дизайн, верстка — Калашникова Е. А.