

УДК 614.256

Врачебные ошибки: современное состояние проблемы**Г.Д. Варданян, Г.А. Аветисян, Г.Дж. Джаноян,
К.А. Поркшеян, А. Р. Хачатрян, А.Р. Эдилян, И.С. Минасян***ЕГМУ им. М.Гераци, кафедра лучевой диагностики
0025, Ереван, ул. Корюна, 2**Ключевые слова:* врачебные ошибки, определение, классификация, причины, юридические аспекты

В современном мире медицина признается важнейшей составляющей сферой жизнедеятельности общества, а медицинским работникам в целом и врачам в частности принадлежит исключительная роль в поддержании и укреплении здоровья населения. В связи с этим особое значение приобретают отношения, возникающие между врачом и пациентом. При этом, обращаясь за врачебной помощью, пациенту приходится полностью полагаться не только на профессиональную грамотность врача, но и на его ответственное отношение к процессу диагностирования и лечения. Особое значение в этом случае приобретают вопросы определения качества оказываемой пациенту врачом медицинской помощи. Спецификой категории «качество» применительно к медицинской помощи является возможность различного толкования результатов медицинской деятельности: для пациента самым важным, скорее всего, будет то, насколько результаты лечения оправдали его надежды и ожидания. Для лечащего врача – в какой мере фактический итог его работы соответствует тому состоянию пациента, на которое он (врач) рассчитывал, определяясь с характером патологических отклонений и планируя схему лечения [33].

Научно-технический прогресс значительно обогатил медицину новыми методами исследования, лечения, профилактики, пониманием сущности болезней, их этиологии и патогенеза. Все это значительно повысило действенность медицины в целом, в том числе и диагностики. Однако научно-технический прогресс породил новые трудности и парадоксы [36]. Истинность большинства диагнозов и назначений врачей не проверяется, лишь патологоанатомическое вскрытие помогает устанавливать совпадение или расхождение клинического и патологического диагнозов, выявлять дефекты в обследовании больного и анализировать методы консервативного или оперативного лечения [36]. Кроме того, далеко не все пациенты обращаются за защитой своих прав при оказании некачественной медицинской помощи. Причины тому – изменение жизнедеятельности

людей, развитие науки и техники, а также применение новых средств (антибактериальных препаратов, сывороток, прививок) и методов лечения. Течение заболеваний у современного человека существенным образом отличается от книжных классических примеров. Изменения клинικο-морфологической картины ряда болезней связаны также с постоянно меняющимися экологическими факторами и социально-бытовыми условиями, «постарением» населения, массовыми профилактическими мероприятиями, использованием огромного арсенала новых лечебных средств и методов терапии [20].

В этой ситуации как юристами [24], так и самими врачами [27] вполне обоснованно поднимались вопросы о необходимости установления четких критериев качества оказания медицинской помощи в целях недопущения возможности субъективного или двусмысленного толкования термина «качество медицинской помощи». Несмотря на существующие стандарты и порядки оказания врачебной помощи, при осуществлении врачебной деятельности в отношении конкретного пациента отсутствует безусловная гарантия получения качественного результата. Результатом врачебного вмешательства может стать: 1) полное или, по крайней мере, частичное достижение предполагаемого результата (сообразно прогнозируемому результату); 2) отсутствие предполагавшегося результата («неэффективное лечение»); 3) причинение вреда здоровью или жизни пациента. Если первый вариант, как следствие врачебного вмешательства, предполагаем и желаем и пациентом, и врачом, то остальные результаты «врачевания» требуют более детального рассмотрения, поскольку речь идет о дефектах оказания профессиональной врачебной помощи. На сегодняшний день понятие «дефект врачебной помощи» имеет в большей степени обобщающее значение, так как объединяет в себе различные виды неблагоприятных исходов врачебного вмешательства. Между тем действующее медицинское законодательство дефиниций видов дефекта врачебной помощи не содержит. Также отсутствуют легальные критерии разграничения дефектов врачебной помощи, способы их обнаружения и регистрации, установления наличия или отсутствия вины врача с целью определения в каждом случае возможных правовых последствий.

Врачебные ошибки и конфликтные ситуации занимают значительное место в современной медицине. Эта проблема волнует не только умы и души врачей, ею постоянно интересуются юристы, психологи, философы, общественные деятели и другие специалисты. Все это не случайно, поскольку врачебная ошибка и конфликт с пациентом могут перечеркнуть все медицинские достижения, а в исключительных случаях — вовлечь врача в бесконечные проверки и судебные разбирательства [10].

Говорить об ошибках в любой сфере деятельности человека трудно, а в медицине это особенно сложная задача. Такая ситуация связана с тем, что последствия недостаточно ответственного отношения врача к вы-

полнению своей работы чрезвычайно серьезны — это недееспособность, инвалидность и даже смерть пациента [12].

Тема профессиональных ошибок в медицине и ответственность за них рассматривалась мыслителями, врачами, правителями древних государств еще до н. э. Историки продолжают спорить до сих пор, кому принадлежит выражение, ставшее впоследствии крылатым: «Errare humanum est» — «человеку свойственно ошибаться». Одни считают, что впервые его произнес в V веке до н.э. древнегреческий поэт Еврипид. Другие уверяют, что это Цицерон, который однажды воскликнул: «Человеку свойственно ошибаться, но никому, кроме глупца, не свойственно упорствовать в своей ошибке» [39]. Один из врачей древности говорил, что медицина является историей человеческих ошибок.

Теоретические исследования и научные споры о сущности врачебной ошибки продолжаются уже на протяжении более двухсот лет. При отсутствии понятия врачебной ошибки, созданного юридической наукой, данное понятие изначально появилось в медицинской среде. Впервые о врачебной ошибке как о возможном результате врачебной деятельности в первой половине XIX в. сказал известный русский хирург Н. И. Пирогов [25]. Он не только изложил свое видение сущности этой проблемы, но еще и предложил классификацию врачебных ошибок с учетом этапов медицинской деятельности: диагностического, тактического, технического, деонтологического и др. Позднее вопросам определения квалифицирующих характеристик врачебной ошибки уделялось большое внимание советских ученых-медиков. В частности, Я. Л. Лейбович подразумевал под врачебными ошибками «недобросовестные, неверные, невежественные действия медицинских работников при оказании медицинской помощи пациенту» [17]. Врачебная ошибка, как основание неблагоприятных последствий врачебной деятельности, является, по мнению доктора юридических наук, профессора Е. Ю. Киреевой «наиболее сложно идентифицируемым видом дефекта медицинской помощи» [26].

Рассматривая проблему врачебных ошибок, можно выделить некоторые основные положения [15]:

1. В мире не существует единого общепринятого определения врачебной ошибки.
2. Ни в одном государстве уголовный кодекс не содержит этого определения. Врачебная ошибка, как таковая, вне зависимости от последствий, не наказуема.
3. Юридически наиболее ответственным моментом является дифференциация ошибки от элементарного невежества (отсутствия знаний, безграмотности), халатности, преступления.
4. В медицине, хотя и редко, имеется фактор случайности, который бывает трудно прогнозировать и который может обусловить непредсказуемые последствия.

5. Проблему врачебных ошибок нельзя сводить только к вопросам диагностики и лечения. Почему-то чаще всего обсуждаются эти вопросы, что суживает проблему и само по себе является ошибкой.

6. В мире не существует государства, врачи которого не допускают ошибок [38].

Почти полувековой опыт работы интерниста-клинициста с участием в многочисленных клинических и патологоанатомических конференциях убедил авторов, что бездействие является наиболее частой причиной претензий к врачам, чем те или иные не совсем правильные действия [11].

Актуальность проблемы врачебной ошибки обусловлена рядом причин: во-первых, согласно статистике, в мире от врачебных ошибок погибает большое количество людей; во-вторых, врачебная ошибка есть посягательство на такую непреходящую ценность, как человеческая жизнь; в-третьих, интерпретация термина «врачебная ошибка» многозначна (на данный момент насчитывается не менее 65 промежуточных определений этого понятия); в-четвертых, не существует четкой классификации врачебных ошибок, а также дифференциации таких понятий, как «вред», «несчастный случай», «врачебная ошибка»; в-пятых, до сих пор не определена принадлежность понятия «врачебная ошибка»: к юриспруденции или к медицине [35].

Согласно данным комиссии Европейского Союза (ЕС), в каждом десятом случае обращения за медицинской помощью ставится ошибочный диагноз или назначается неправильное лечение. Согласно данным комиссии ЕС, в 2014 году только в больницах пострадало 15 млн человек [8].

В настоящее время легального определения термина «врачебная ошибка» нет, более того, существует мнение, что это понятие не юридическое, а исключительно медицинское [1], при этом на сегодняшний день отнесение того или иного вреда жизни и (или) здоровью, возникшего в результате врачебной помощи, к врачебным ошибкам вызывает большое количество дискуссий как в медицинской [16], так и в юридической [32] научной среде. Между тем задачей правового регулирования сферы врачебных ошибок является выработка правильной, продуманной и единой позиции относительно юридической квалификации ошибочных действий врачей [30].

В Германии каждый год от врачебных ошибок умирают около 25 000 немцев. Ежегодно в стране отмечается до 100 тыс. случаев неверного диагностирования, неправильного назначения лекарств и недочетов во время хирургического вмешательства. По оценкам специалистов, в Венгрии вследствие врачебных ошибок ежегодно умирают 7–10 тыс. человек – больше, чем от автокатастроф. Число потерпевших от врачебных ошибок в Канаде составляет 30% больных, в Австралии – 27%, в Новой Зеландии – 25%, в Германии – 23%, в Великобритании – 22%. Причиной 80% смертных случаев пациентов в больницах Австралии ста-

новятся медицинские работники. На пятом континенте ежегодно умирают до 18 тыс. человек и около 50 тыс. становятся инвалидами. Число погибших из-за беспечности врачей и младшего медицинского персонала в Великобритании достигает 33 000 в год. В 2005 г. жертвами врачебных ошибок или невнимательности стали 526 599 пациентов национальной системы здравоохранения. Согласно данным национальной статистики, каждый год примерно 90 000 итальянцев страдают от врачебных ошибок. По данным Центра контроля и предупреждения заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), от медицинских ошибок погибает больше людей, чем от рака груди, СПИДа или дорожно-транспортных происшествий. Ежегодный материальный ущерб, наносимый врачебными ошибками, оценивается приблизительно в \$2 млрд. Прямые и не прямые убытки, вызываемые медицинскими ошибками, составляют \$37,6 млрд ежегодно. При этом эксперты полагают, что 70% медицинских ошибок предотвратимы, 6% потенциально предотвратимы и 24% ошибок предотвратить невозможно. По статистике ВОЗ, ежегодно от врачебных ошибок умирают больше людей, чем погибают в ДТП, то есть более 1,5 миллиона человек. В России, к сожалению, точных статистических данных по этой проблеме нет. По собственной инициативе соответствующую информацию собирает Лига защиты прав пациентов, по данным которой от врачебных ошибок в России ежегодно гибнут около 50 000 человек [21], что почти в два раза меньше, чем в США. Однако следует учитывать, что в США численность населения выше; объем оказываемой медицинской помощи больше. В стране четко отрегулирована система учета, регистрации, контроля и анализа врачебных ошибок; осуществляется систематический мониторинг здоровья, отрегулированы правовые отношения в системе врач–пациент. Тем не менее, в США каждый седьмой врач становится жертвой судебного разбирательства по крайней мере один раз в своей профессиональной жизни [10].

В обществе закреплено убеждение: сапер может ошибаться только один раз. Врач – ни разу. И тем не менее, по неофициальным данным, в России каждый третий диагноз ставится врачами неверно. Результаты патологоанатомических данных, полученных в четырех крупных больницах Москвы, показали, что в 21,6 % случаев установленный при жизни диагноз был неправильным. В каждом из пяти случаев не было установлено воспаления легких, а ошибки при диагностике злокачественных новообразований составили 30–40 %. Согласно данным академика АМН России А.Г. Чучалина, из-за неправильного или несвоевременно поставленного диагноза умирают 12 % больных пневмонией [2].

Согласно данным ВОЗ, от действий врачей люди умирают в 33 тыс. раз чаще, чем из-за авиакатастроф [8]. Однако есть основания полагать, что жертв от врачебных ошибок в России гораздо больше. Президент Российского общества патологоанатомов, директор НИИ морфологии

человека Лев Кактурский заявил: «Вне поля зрения руководителей лечебных учреждений остаются дефекты клинической диагностики и связанные с ними недостатки лечебной работы. Кроме того, руководители медучреждений не заинтересованы в том, «чтобы выносить сор из избы». Ритуальная служба тоже не дремлет, у них высокая конкуренция. Они уговаривают родственников отказаться от вскрытий. В российских стационарах процент вскрытий умерших людей в среднем составляет 60%, причем в 10–15% случаев диагнозы расходятся». «А если взять тех, кто умер не в стационаре, а дома, то там эта цифра просто шокирующая. Там процент расхождения колеблется от 50 до 70%. Это говорит о том, что эти люди не получали адекватного лечения», — подчеркнул эксперт. Примечательно, что подавляющее большинство россиян (80%) умирает дома [5]. По разным оценкам, за последние несколько лет число исков о компенсации вреда жизни и здоровью, причиненного при оказании медицинской помощи в России, увеличилось в 13 раз. Дела о взыскании физического и морального вреда в России, претензии и жалобы из года в год распределяются по специальностям приблизительно в следующем порядке: хирургия — до 25%, стоматология — до 15%, акушерство и гинекология — до 15%, терапия — от 5 до 10%, педиатрия — от 5 до 6%, травматология — 5%, офтальмология — от 4 до 5%, анестезиология — 5%, служба скорой медицинской помощи — 2%. Ламентации к среднему медицинскому персоналу составляют 5% [10]. В Украине ситуация не лучше. Статистика врачебных ошибок почти полностью закрыта. И лишь отдельные случаи становятся известными общественности главным образом через СМИ — печать, телевидение [4]. К сожалению, в Республике Армения также никакой статистики нет.

Современные определения врачебной ошибки в той или иной мере опираются на понятие, которое в 1941 г. сформулировал родоначальник советской школы патологической анатомии И. В. Давыдовский: врачебная ошибка – «это добровольное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов ее исследования, либо вызванное особенностями течения заболевания определенного больного, либо объясняемое недостатками знаний, опыта врача» [9]. При этом в качестве условий наступления такого заблуждения могут быть несовершенство медицинской науки и её методов, атипичное течение заболевания, недостаточность подготовки врача (если при этом не обнаруживаются элементов халатности, невнимательности или медицинского невежества), отсутствие признаков умышленного или неосторожного преступления [30]. При анализе врачебной ошибки необходимо четко различать незнание и невежество. Если незнание чего-либо не есть преступление, то иначе стоит вопрос в отношении проявления невежества. Вместе с тем, дифференцировать незнание от невежества не всегда воз-

можно, считал И. В. Давыдовский. Поэтому любые врачебные ошибки он относил к «добросовестным заблуждениям».

Врачебные ошибки являются досадным браком, несчастным случаем во врачебной деятельности. К сожалению, невозможно представить себе врача, даже немолодого, который не совершал бы диагностических и других профессиональных ошибок. Дело в необычной сложности объекта, с которым сталкивается медицина: корни ошибок часто уходят за пределы личности врача. И.В. Давыдовский (1941) отмечал, что ошибаются врачи всех специальностей, включая патологоанатомов. Однако наибольшее число ошибок, по его мнению, приходится на долю терапевтов и хирургов. Причем количество ошибок по мере повышения квалификации врачей этих специальностей скорее увеличивается, чем падает. Это связано, по мнению автора, с тем, «что эти врачи полны творческих дерзаний и риска. Они не бегут от трудностей, т.е. трудных для диагнозов случаев, а смело идут навстречу. Для них, высокоответственных представителей медицины, цель – спасти больного оправдывает средства, даже если эти средства представляют сложный и опасный, но единственно возможный эксперимент» [9].

Анализ исследований по данной проблеме свидетельствует о том, что каждый автор шел по определенному пути, в рамках которого устанавливался своеобразный механизм понимания врачебных ошибок. На современном этапе под этим термином понимается добросовестное заблуждение врача, при котором исключаются халатность, недобросовестность и злой умысел. Так, американский исследователь причин врачебных ошибок Р. Ригельман [28] выделил 2 основных типа ошибок, распространенных в медицинской практике: ошибки по неведению и недомыслию (ложные умозаключения). Первые означают, что врач не владел необходимой информацией, его ошибки обуславливались трудностями, связанными с достижением высокого профессионального уровня. Главный источник врачебных ошибок, по мнению Ригельмана, заключается не в недостатке знаний, а в неправильном их применении, что, в свою очередь, приводит к неверным умозаключениям. При раскрытии вопроса о врачебных ошибках Ригельман указал еще на один тип – плохой исход, который, по его мнению, зависит от уровня познания в области медицины, поскольку медицинское знание, с гносеологической точки зрения, является вероятностным.

По мнению О. Ю. Александровой и соавт. (2006), «врачебная ошибка – это отрицательный результат диагностических, лечебных или организационных мероприятий (т.е. действий или бездействий) врача, т. е. когда им оказана медицинская помощь надлежащего объема и содержания, однако пациенту причинен вред или положительный эффект лечения не достигнут при отсутствии вины врача» [3]. Другие авторы в понятие врачебной ошибки включают как противоправные виновные

деяния медицинских работников (учреждений), так и случаи причинения вреда пациенту при отсутствии вины, то есть и правонарушение, и невиновное причинение вреда, не влекущее привлечения к публично-правовой ответственности причинителя вреда [33]. Итак, при формулировании понятия «врачебная ошибка» авторами используются различные признаки, как общие или близкие по смыслу, так и особенные признаки, вплоть до диаметрально противоположных. Такое положение вещей демонстрирует не только отсутствие единообразия в понимании врачебной ошибки в науке, но и показывает широту дискуссии, вызванной, прежде всего, проблемами правоприменительной практики при привлечении врачей к ответственности за профессиональные правонарушения.

Более узкий смысл термин «врачебные ошибки» приобрел в судебной медицине. Все неблагоприятные исходы медицинской деятельности, причинно связанные с действиями, а иногда бездействием, она разделяет на уголовно наказуемые врачебные ошибки и несчастные случаи. Наличие в практике врачей «ненаказуемых» врачебных ошибок не означает правомочия на их совершение. В самом деле, насколько серьезны опасения, что общепринятое у медиков понятие врачебных ошибок как неизбежного явления сопутствующему врачеванию порождает представление о некоем «праве на ошибку». Такой тезис о праве на ошибку несостоятелен с точки зрения логики (методологии) и с точки зрения мировоззренческой. Если профессиональная деятельность врача заведомо ориентируется на ошибки, она утрачивает свою гуманистическую природу. Идея «права на ошибку» деморализует врачей [13]. С позиций медицинской этики отношение к профессиональным ошибкам должно быть непримиримым.

Рассмотрим более подробно причины врачебных ошибок.

1. Необычные симптомы часто встречающихся и, казалось бы, тщательно изученных заболеваний, когда «одному синдрому могут соответствовать многие заболевания», атипичное течение заболевания, при котором интерпретация клинических и лабораторных методов, используемых во врачебной практике, приводит к ошибочному диагнозу [19], атипичное расположение органа, позднее обращение пациентов за врачебной помощью, приведшие к позднему проведению оперативного вмешательства в хирургической практике и (или) нераспознаванию послеоперационных осложнений [6] и т. п. Все эти случаи следует признать разновидностями несчастного случая, поскольку в подобных ситуациях в процесс врачебной деятельности, проходящий в соответствии со стандартами и обычной практикой оказания врачебной помощи, вторгся непредсказуемый случайный фактор. В силу внезапности и непредсказуемости данного фактора, ставшего непредотвратимым и непреодолимым для врача, действия врача, надлежащим образом оказавшего весь объем необходимой врачебной помощи, следует расценивать как правомерные, а условием, исключаяющим виновность врача и, соответственно, исключая-

щим привлечение его к ответственности, в данном случае признать действие непреодолимой силы, случайных, неожиданных обстоятельств.

2. Несовершенство современного состояния медицинской науки, иные объективные причины, повлекшие добровольное заблуждение врача и приведшие к причинению вреда пациенту (недостижению желаемого результата врачебного вмешательства). К таким объективным причинам различные ученые относят, например, нехватку времени для обследования больного или пострадавшего от травмы (в urgentных ситуациях, требующих неотложного врачебного вмешательства), отсутствие необходимого диагностического оборудования и аппаратуры для проведения того или иного исследования или вмешательства [37]. Например, по мнению Сокколова В. А. и соавт. (1996), классические методы рентгенологической диагностики не всегда могут обеспечить своевременную и правильную постановку диагноза пациенту [31]. Также к объективным факторам, безусловно, относятся непостоянство отдельных постулатов и принципов в области теоретической и практической медицины, в связи с чем меняются взгляды на этиологию, патогенез, понимание сущности болезней [38], в том числе недостаточная изученность целого ряда редко встречающихся в настоящее время заболеваний. Необходимо отметить, что к объективным предпосылкам относится также резко возросшая активность современных методов диагностики и лечения, а также отрицательные стороны прогрессирующей специализации в медицине.

3. Субъективные причины, такие, к примеру, как уровень профессиональной подготовки, иные личностные особенности врача, влияющие на его профессиональную деятельность, ставшие причиной неблагоприятного результата врачебного вмешательства. В первую очередь это ошибки, вызванные профессиональным невежеством, незнанием или неведением, недомыслием врача, отсутствием или недостаточностью у него квалификации и т. п. При этом в научной литературе высказывается мнение о том, что каждый врач должен обладать определенным минимумом специальных знаний, лежащих в основе общепринятых лечебно-диагностических мероприятий на данный момент развития медицинской науки и лечебной практики [18]. По мнению других авторов, такая позиция является в корне неверной. Анализ дефектов оказания медицинской помощи, проведенный Сергеевым Ю. Д. и Козловым С. В. (2012), показал, что наиболее распространенной причиной таких дефектов является грубое нарушение технологии оказания медицинской помощи [29]. Следовательно, для успешной профессиональной деятельности врачу не может быть достаточно того объема теоретических и практических знаний, который был получен в учебном заведении. Врач должен систематически пополнять и обновлять свои профессиональные знания, изучая специальную научную литературу, участвуя в медицинских семинарах и конференциях

и т.д., то есть заниматься постоянным самосовершенствованием, которое «необходимо ему как одно из условий успешного врачевания» [7].

Таким образом, признаками врачебной (медицинской) ошибки являются:

1. Отрицательный результат при надлежащем объеме и содержании медицинской помощи; неправильное определение (ошибка мысли) при добросовестном заблуждении.
2. Неправильное врачебное мероприятие (ошибка действия) при добросовестном заблуждении.
3. Добросовестное заблуждение, при отсутствии халатности, умысла, неосторожности.
4. Непреднамеренность нанесения вреда здоровью человека в связи с проведением оправданных диагностических, лечебных и профилактических мероприятий.

В данном случае во главу угла ставится отрицательный результат. Отрицательный результат при надлежащем объеме и содержании медицинской помощи, непреднамеренность нанесения вреда здоровью человека в связи с проведением оправданных диагностических, лечебных и профилактических мероприятий напрямую соотносятся с добросовестным заблуждением, основанным на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов ее исследования и особенностях течения заболевания определенного больного. При этом указанные обстоятельства не зависят от воли медицинского работника и не могут быть основанием для привлечения последнего к уголовной ответственности.

Особенностью врачебной ошибки является невозможность для врача любой специальности ее предусмотреть, а в дальнейшем — предотвратить последствия. В англо-американской литературе в этих случаях применяется слово «непреднамеренность» [38]. Ряд специалистов считают [23, 34], что врачебная ошибка, обусловленная безответственными действиями врача, халатностью, небрежностью, элементарной медицинской безграмотностью, нравственно-этической ущербностью, которые юридически классифицируются в качестве преступления или проступка, должна быть юридически наказуема. Между тем врачебная ошибка не подлежит наказанию, если она не содержит состава преступления и проступка, и врач в пределах обязательных знаний своей профессии не мог ее предвидеть и предотвратить.

Академик АМН России, профессор Ю.Д. Сергеев считает, что клиницисты имеют обоснованное право решать в пределах медицинской науки и практики вопросы о признании ошибок в лечебно-диагностическом процессе субъективными или объективными, а также о проведении их анализа, клинико-анатомической оценки. Однако решение вопроса о наличии или отсутствии в действиях медицинских работников элементов

противоправности и виновности является прерогативой исключительно юристов, а не судебных медиков и клиницистов [29].

Врачебные ошибки могут быть нескольких видов: 1) диагностические, т.е. связанные с постановкой диагноза, 2) лечебно-тактические (ошибки в выборе методов исследования и в оценке их результатов), 3) лечебно-технические (неполное обследование больного и ошибки диагностических или лечебных манипуляций), 4) организационные (неправильная организация рабочего места и лечебного процесса), 5) ошибки ведения медицинской документации, 6) ошибки поведения медицинского персонала.

Таким образом, учитывая изложенное, можно прийти к выводу, что предложенные определения понятия «врачебная (медицинская) ошибка», в которых используется словосочетание «добросовестное заблуждение врача», при любом варианте добавления объективных характеристик, влияющих на установление преступности деяния, ставят лицо, ведущее расследование, в безвыходное положение, при котором доказать вину медицинского работника практически невозможно. Это обусловлено тем, что субъективная составляющая, выраженная словосочетанием «добросовестное заблуждение», фактически не подлежит опровержению. Таким образом, если неправильные действия врача вызваны субъективными причинами: халатность, недобросовестное и ненадлежащее исполнение врачом своих обязанностей, а также неудовлетворительная организация деятельности медицинских учреждений, то это должно нести за собой уголовную ответственность. Если же неправильные действия врача вызваны объективными причинами, такими как атипичное развитие болезни, недостаточная обеспеченность медицинских учреждений специалистами, оборудованием, лекарственными препаратами и т.п., то она не должна считаться преступлением и, следовательно, нести за собой уголовную ответственность. Однако разграничить врачебную ошибку от правонарушения в виде неосторожного виновного деяния (действия и/или бездействия) трудно, тем более, что размытость определений ошибки и неопределенность условий наступления ответственности (дисциплинарной, материальной, административной, гражданско-правовой, уголовной) часто затрудняют правоприменительную практику.

Этические нормы в связи с необходимостью признания медиками своих ошибок зафиксированы в ряде кодексов [42]. Значительное количество работ посвящено этическому анализу раскрытия ошибок, совершенных коллегами-медиками [44, 45, 47]. Раскрытие врачебных ошибок – сложный и психологически серьезный процесс, который начинается с признания и подтверждения врачом неудачи в достижении намеченной цели, в выборе методов лечения и диагностики. При выявлении врачебных ошибок медики часто описывают ситуацию в общих чертах, избегают конкретных оценок, употребляют предельно нейтральные формулировки и

т. д. А. Г. Фоменко, анализируя правовые аспекты врачебных ошибок, считает, что, с юридической точки зрения, необходимость сообщений об ошибках, возникающих при оказании медицинской помощи, обусловлена законодательными требованиями об информировании пациента о состоянии его здоровья, а также на согласие и отказ от медицинского вмешательства. Например, в Законе Российской Федерации «Основы здравоохранения об охране здоровья граждан» утверждены право пациента на информацию о состоянии здоровья, согласие и отказ от медицинского вмешательства [22]. В зарубежном медицинском праве появилась тенденция принятия отдельных законодательных актов, направленных на раскрытие медицинских ошибок [40, 41, 43, 46, 48].

Медицина является наиболее сложной формой человеческой деятельности, требующей, кроме специальных знаний и практических навыков, еще интуиции и высоких душевных качеств. На протяжении веков к представителям медицинской профессии предъявлялись требования о недопущении ошибок. Однако врачи ошибаются потому, что имеют дело с очень сложным человеческим организмом, ежедневно сталкиваются с нестандартными клиническими ситуациями и нередко это происходит в условиях отсутствия должного технологического обеспечения диагностики и лечения больных, оптимальных условий при оказании медицинской помощи, недостатка времени и объективной информации. Кроме этого, сама медицинская наука несовершенна.

Несмотря на наличие современных компьютеров, совершенных диагностических приборов, новейших лекарств с самым широким спектром действия, ошибки в профессиональной деятельности врача, очевидно, еще не скоро исчезнут. Самое главное для врача — не пытаться их скрыть, переложить на чьи-либо плечи. Необходимо отыскивать причину, породившую ошибку, и принять все меры для того, чтобы не допустить подобного в дальнейшем. «Только дураки учатся на своих ошибках, умные предпочитают учиться на ошибках других» — предупреждал О. Бисмарк.

«Ошибки — неизбежные и печальные издержки лечебной работы, 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. Они несут в существе своем науку о том, как не ошибаться. И виновен не тот врач, кто допустил ошибку, а тот, кто не свободен от трусости отстаивать ее». Эти слова принадлежат выдающемуся клиницисту-гематологу И.А. Кассирскому [14].

Подлежат ли гласности врачебные ошибки? Врачебные ошибки подлежат гласности в обязательном порядке. Великий хирург Н.И. Пирогов писал: «С самого начала своей практической деятельности я взял себе за правило никогда и ни в чем не скрывать ни малейшего промаха, ни одной своей ошибки. И чистый перед судом своей совести прошу мне указать: где и когда я скрыл хоть одну свою ошибку» [25]. Академик Ф.Г.

Яновский, яркий представитель Украинской терапевтической школы, на одном из заседаний Киевского терапевтического общества говорил об ошибках, совершенных им в течение 40 лет работы, и подробно разбирал наиболее характерные, чтобы врачи знали о них и не повторяли в своей практике [15]. Ошибки, имеющие в своей основе несовершенство медицинской науки, совершают даже опытные врачи, так как им приходится консультировать наиболее тяжелых и сложных в диагностическом отношении больных. В подобном положении могут оказаться даже самые авторитетные клиники [38].

Улучшение состояния дел в здравоохранении требует целого комплекса мер, среди которых важная роль принадлежит работе с врачебными ошибками. Нужно иметь четкую статистику об их количестве, анализ их причин, нужно стимулировать вскрытие ошибок, а не их сокрытие. Одновременно необходима система правовой и экономической защиты врача. Затронутая проблема является не только общественно-политической, этической, правовой, демографической, но и социально-экономической. Решение ее — это приоритет прежде всего национальный.

На состоявшемся в октябре 2008 г. в Бад-Гастайне (Австрия) XI Европейском форуме по вопросам здравоохранения, ее президентом Гюнтером Лайнером было обращено внимание на то, что для предотвращения врачебных ошибок продуманная организация и выполнение элементарных правил для оказания медицинской помощи на сегодняшний день важнее, чем создание высококачественных препаратов и развитие передовых технологий [15].

В заключение хочется отметить, что известный врач и философ Моисей Маймонд, живший в XII веке в Испании, написал «Ежедневную молитву врача». В ней, в частности, говорилось: «Всемогущий! Сделай меня уверенным во всех моих суждениях и действиях, но только не в знаниях, ибо в последнем я хочу остаться ненасытным. Дай мне силу, волю, способности для расширения моих знаний так, чтобы дух мой мог обнаружить и осознать ошибки» [39].

Поступила 02.08.19

Բժշկական սխալներ. խնդրի ներկայիս իրավիճակը

**Գ.Զ. Վարդանյան, Գ.Ա. Ավետիսյան, Գ.Զ. Զանոյան, Բ.Ա. Պորկշեյան,
Ա.Ռ.Խաչատրյան, Հ.Ռ. Էդիլյան, Ի.Ս. Մինասյան**

Բժշկական սխալները և կոնֆլիկտային իրավիճակները զգալի տեղ են գրավում ժամանակակից բժշկության ասպարեզում: Այս խնդիրը հուզում է ոչ միայն բժիշկներին, այլև իրավաբաններին, հոգե-

բաններին, փիլիսոփաներին, հասարակական գործիչներին և այլ մասնագետների: Բժշկական սխալը և կոնֆլիկտը պացիենտի հետ կարող են ջնջել բոլոր բուժական նվաճումները, իսկ որոշ դեպքերում՝ բերել անվերջ ստուգումների և դատական հետաքննությունների: Բացի այդ, դրանք տնտեսական մեծ վնաս են պատճառում: Հոդվածը նվիրված է այս խնդրի գրականության տեսությանը: Ակնհայտ է, որ առկա են որոշակի տարաձայնություններ <<բժշկական սխալ>> հասկացության որոշման հարցում: Ներկայացվում է բժշկական սխալների օբյեկտիվ և սուբյեկտիվ պատճառներին, տարբեր երկրների վիճակագրական տվյալներին նվիրված գիտական աշխատանքների վերլուծություն: Քննարկվում են նաև աշխատանքներ՝ նվիրված բժշկական սխալների իրավական տեսակետներին:

Medical Errors: Modern Condition of the Problem

**G.J. Vardanyan, G.A. Avetisyan, G.J. Janoyan, K.A. Porksheyan,
A.R. Khachatryan, A.R. Edilyan, I.S. Minasyan**

Medical errors and conflict situations occupy a significant place in modern medicine. This problem concerns not only doctors, but also lawyers, psychologists, philosophers, public figures and other specialists. Medical error and conflict with the patient can cancel all medical advances, and sometimes lead to endless checks and trials. In addition, they entail a huge economic damage. The article is devoted to a review of the literature on this issue. It is obvious that there are sufficient differences on the definition of the concept of “medical error”. An analysis of works on objective and subjective reasons for their occurrence is made, on statistics from different countries, and also on the legal aspects of medical error.

Литература

1. *Акопов В. И., Карасова Ю. В.* Правовое регулирование профессиональной деятельности медицинского персонала. Учеб. пособие. Ростов н/Д, 2008.
2. *Акопов В.И., Маслов Е.Н.* Право в медицине. М., 2002.
3. *Александрова О.Ю., Герасименко Н. Ф., Григорьева Ю. И., Григорьев И. К.* Ответственность за правонарушения в медицине. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М., 2006.
4. *Антонов С.В.* Медична помилка: юридичний аспект. Управління закладом охорони здоров'я. 2007, 8, с. 20-26.
5. *Ар्योंв В.А.* Живые и мертвые. Общественная палата. Экспертно-аналитическая сеть...//www.politrus.com/2011/03/20/общественная-палата-8/Источник: пресс-служба Общественной палаты РФ. 17 марта, 2011 г. Март 20, 2011.

6. *Баринев Е. Х., Ромодановский П. О., Черкалина Е. Н.* Атипичное расположение органа – причина врачебной ошибки. Судебно-медицинская экспертиза, 2012, 3, с. 47.
7. *Бачинский О. Н., Бабкина В. И., Афанасьева Л. С., Оберная М. В., Волков В. А.* Психологические аспекты влияния личности врача на лечебный процесс. Мат. Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 75-летию Курского государственного медицинского университета и 10-летию кафедры психологии и педагогики «Психологическое сопровождение лечебного процесса». Курск, Курс. гос. мед. ун-т, 2010, с. 33–38.
8. *Галанова И.* Врачебная ошибка – проблема не только врача. Менеджер здравоохранения, 2014, 8, с. 49–52.
9. *Давыдовский И.В.* Врачебные ошибки. Советская медицина, 1941, 3, с. 3–10.
10. *Доскин В.А., Деринова Е.А., Картоева Р.А., Соколова М.С.* Врачебные ошибки и конфликтные ситуации в клинической практике. Клиническая медицина, 2014, 4, с. 57–63.
11. *Зарецкий М.М., Черников Е.Э.* Врачебные ошибки: невежество или халатность? Луганская правда, 2006, N131, с. 3.
12. *Засыпкина Е.В., Катрунов В.А., Кузнецова М.Н.* К вопросу о врачебных ошибках: методология и критерии определения. Бюл. медицинских Интернет-конференций. 2016, т. 6, 1, с. 243–247.
13. *Иванюшкин А.Я.* Профессиональная этика в медицине. М., 1990.
14. *Кассирский И.А.* О врачевании. Проблемы и раздумья. М., 1970.
15. *Ковалев В. М.* Журн. Новые технологии. 2006. Вып. 2. <http://www.mif-ua.com/archive/article/7088>.
16. *Купрюшин А. С.* Значение клинико-патоморфологического эпикриза для предупреждения ошибок в лечебно-диагностическом процессе. Медицинское право. IV квартал 2005, 4, с. 22–26.
17. *Лейбович Я. Л.* Врачебные ошибки и незаконное врачевание. Судебная ответственность врачей. Сб. ст. М., Л., Рабочий суд, 1926, с. 84–87.
18. *Лисюткин А. Б.* Вопросы методологии исследования категории «ошибка» в правоведении. Саратов, 2001.
19. *Лукьяненко Н. Я., Шойхет Я. Н.* Сравнительные аспекты врачебных ошибок в диагностике больных с пневмониями и центральным раком легких. Сибирский онкологический журнал. 2010, 4 (40), с. 47–50.
20. *Мохов А. А.* Еще раз к вопросу о врачебной ошибке как медицинском и социально-правовом феномене. Юрист, 2004, 2, с. 57.
21. *Николаева Д.* Последняя ошибка. Коммерсант-Здравоохранение. Приложение N 234 от 11.12.2012.
22. Основы здравоохранения об охране здоровья граждан. Закон РФ, 2011.
23. *Пальчун В.Г.* Врачебная ошибка — классификация и предупреждение. Вестник отоларингологии, 2008, 1, с. 4–7.
24. *Панов А.В., Стибикина Ю.А.* Обеспечение качества медицинской помощи. Правовые вопросы в здравоохранении, 2012, 9, с. 42–47.
25. *Пирогов Н.И.* Собрание сочинений в 8 т. М., 1959, т. 2, с. 13–14.
26. *Понкина А. А.* Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов. Кафедра правового обеспечения государственной и муниципальной службы МИГСУ РАНХиГС. М., Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012.
27. *Радзинский В. Е.* Акушерская агрессия. М., Изд. журнала StatusPraesens, 2011.
28. *Ригельман Р.* Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих врачей. Пер. с англ. М., 1994.
29. *Сергеев Ю. Д., Козлов С. В.* Основные виды дефектов оказания медицинской помощи (по данным комиссионных судебных экспертиз). Медицинское право, 2012, 3, с. 35–38.
30. *Стеценко С. Г.* Врачебная ошибка и несчастные случаи в практике работ учреждений здравоохранения: правовые аспекты. Эксперт-криминалист, 2006, 2, с. 28–31.

31. Соколов В. А., Карташов В. М., Пивень А. И. Рентгеновская продольная и компьютерная томография в диагностике и дифференциальной диагностике периферического рака легкого. Вестник рентгенологии и радиологии. 1996, 4, с. 40–45.
32. Сучков А. В. Анализ дефиниций понятия «врачебная ошибка» с целью формулирования определения «профессиональные преступления медицинских работников». Медицинское право, 2010, 5, с. 45–50.
33. Сучкова Т. Е. К вопросу о необходимости определения правовых критериев врачебной ошибки. Вестник Вятского государственного гуманитарного университета, 2014, с.112-121.
34. Топчиев П.М., Хитров Д.И. Сущность и проблема решения врачебной ошибки. Бюл. медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150) 2015, т. 5, 5, с. 835.
35. Чашина Ж. В., Чекушкина Е. Н. Междисциплинарный подход в вопросе изучения профессиональных врачебных ошибок. Вестник Мордовского университета, 2014, 3, с. 194-198.
36. Шевчук Е.П. “Врачебная ошибка” и “несчастный случай” в обязательствах по возмещению вреда при оказании медицинских услуг. Сибирский юридический вестник, 2012, 2 (57) , с. 88-92.
37. Эльштейн Н. В. Диагностические ошибки интернистов. Общие аспекты. Русский медицинский журнал, 1998, т. 6, 1, с. 32–37.
38. Эльштейн Н.В. Современный взгляд на врачебные ошибки. Тер. архив, 2005, 8, с. 88-92.
39. Яровинский М.М. Проблема ошибки в профессиональной деятельности медицинских работников. Медицинская помощь, 1996, 6, с. 41-46.
40. Act on Patient Safety in the Danish Health Care System. ACT. – № 429 of 10.06.2003.
41. Act 13, Sec. 302. Nevada Revised Statutes title 40, sec. 439.835, 2003.
42. Canadian Medical Association. Code of ethics. – Ottawa: The Association, 2004.
43. Florida Revised Statutes title 29, sec. 395.1051, 2003.
44. Grunwald H. W., Howard D. S., McCabe M.S. et al. J. Oncol. Practice, 2003, v. 3, p.158–160.
45. Hebert P. C., Levin A. V., Robertson G. CMAJ., 2001, v. 164, p. 509–513.
46. Pennsylvania Medical Care Availability and Reduction of Error Act, 2002.
47. Rosner F., Berger J. T., Kark P. et al. // Arch. Intern. Med., 2000, v. 160, p. 2089–2092.
48. The National Medical Error Disclosure and Compensation Act, Senate bill 1784, 109th Cong, 1st Sess, 2005.