

ПОНЯТИЕ И ВИДЫ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ

Бекназаров Ж.Ш

Ташкентский государственный медицинский университет

Аннотация: Изучение литературных источников показало, что существуют различные подходы к интерпретации термина «медицинская ошибка». С точки зрения специалиста, разработаны различные классификации медицинских ошибок, которые не в полной мере учитывают их типы, определяют их сущность, причины возникновения, место возникновения и их влияние на исход.

Ключевые слова: *врачебная ошибка: исход, причины возникновения; влияние врачебной ошибки на исход.*

Последние годы возрастает интерес к анализу причин неблагоприятных исходов, происходящих из-за не достижения ожидаемого результата лечения пациента [2]. При этом появляются субъекты, которые дублируют функции друг друга [16].

В настоящее время во всем мире все большее распространение получает так называемая доказательная медицина (ДМ) (Evidence-Based Medicine). Принципы ДМ могут применяться при оценке качества медицинской помощи (МП). Данные ДМ предложено рассматривать в качестве стандарта врачебных действий, а отклонение от этого стандарта – как врачебную ошибку, что не всегда оправдано [11].

Исходя из этого, врачебные недочеты нужно обсуждать, анализировать и проводить их профилактику [19]. При этом диапазон толкований термина «врачебная ошибка» настолько широк, что включает диаметрально противоположные понятия [10]. Врачебные ошибки существовали в медицине издавна. За причинение вреда больному в древности врача могли изгнать из врачебного сообщества, а в законах Хаммурапи (XVIII в. до н.э.) были установлены наказания для неудачливых врачей. В наше время распространенность врачебных ошибок огромная. Например, по официальным данным Института медицины США, из-за медицинских ошибок в американских госпиталях ежегодно погибают от 44 до 98 тыс. человек (причем есть данные, что на самом деле количество ошибок еще выше), а общие издержки из-за медицинских ошибок оцениваются в 17-29 млрд долл. США. Согласно усредненным данным, полученным из различных источников, до 13% случаев госпитализации пациентов являются следствием негативных эффектов лечения или диагностики; почти 70%

ятрогенных осложнений можно было бы избежать (в США такие осложнения охватывают около 13 млн госпитализированных пациентов ежегодно) [30].

В 1996 году в США был опубликован отчет, согласно которому из-за медицинских ошибок количество летальных исходов в больницах растет, многие из них можно легко предотвратить, а это сказывается на отношениях врача и больного. В 2002 году в Канаде обществом акушер-гинекологов была принята новая программа, направленная на улучшение безопасности пациента и качества его обслуживания [25]. Анализ ошибок, допускаемых медиками в странах Содружества и США, позволил выделить 171 вид, учет которых при аккредитации медицинских центров скажется на качестве оказываемой МП. Учитывая глобальный их характер, Исполком ВОЗ в январе 2002 года принял специальную резолюцию «Качество здравоохранения и безопасность больных» и утвердил стратегию по повышению безопасности больных, в которой наметил основные меры по улучшению МП населению [27].

Хотя еще в 1992 году Европейское Бюро ВОЗ определило, что качественной следует считать МП, соответствующую стандартам медицинских технологий и удовлетворяющую потребности пациента. При этом создание системы стандартизации в здравоохранении позволяет более активно влиять на лечебно-диагностическую помощь, регулировать и осуществлять контроль деятельности медицинских учреждений, обеспечивать защиту прав граждан в области охраны здоровья, разрабатывать нормативные документы с единым методологическим подходом, использовать это как средство объективной оценки и управления качеством МП [8]. Схожее мнение и у отечественных авторов [14]. Это позволяет заинтересованным странам получить в четкой и удобной форме, способствует совершенствованию качества услуг. Становление системы стандартизации в здравоохранении наблюдается в медицине относительно объемов оказания МП с анализом допускаемых медицинских ошибок, в области лекарственного обращения, а также в сфере разработки и применения медицинской техники [7,13].

В США существует процесс десяти ступенчатого контроля и оценки качества МП, который признан краеугольным камнем эффективности обеспечения качества. В Испании и Португалии была разработана стратегия под названием Иберийская программа подготовки кадров и выполнение мероприятий по обеспечению качества первичной медико-санитарной помощи. Авторы предлагают выделить три звена системы контроля: со стороны производителя медицинских услуг (внутренний контроль качества); со стороны их потребителя (потребительский контроль качества);

со стороны организаций, независимых от вышеуказанных (внешний контроль качества). Медицинские стандарты

подразделяют по: административно-территориальному делению; объектам стандартизации; механизму использования. При этом вероятность отклонения от стандартов возрастает с увеличением числа пациентов и количества оказанных медицинских услуг. С другой стороны, вводимые медико-экономические стандарты МП ограничивают творческий подход врачебного персонала к разработке индивидуальных лечебно-диагностических методик в отношении конкретного больного [28]. Хотя уже разработаны и распространены методики, призванные оценивать качество МП, особенно результаты лечения, жалобы населения и экспертную оценку качества лечения.

Врачебная (медицинская) ошибка – это действия или бездействия врачей (либо другого медицинского персонала), которые причинили (или явно могли причинить) вред здоровью пациента и нарушают нормативы медицинской помощи. Результатами врачебной ошибки могут быть осложнения течения заболевания, появление новых патологических состояний у пациента, физических и нравственных страданий, более длительное течение заболевания, дополнительные расходы на лечение, неэффективное использование ресурсов здравоохранения и др. Понятие врачебной ошибки в законе четко не определено. В действующем законодательстве говорится лишь о праве пациента на возмещение вреда, причиненного его здоровью при оказании медицинской помощи (Закон РУз «Об охране здоровья граждан»). Само понятие ошибки предполагает существование некоего образца или стандарта, от которого происходит отклонение. Если нет эталона «хорошей практики», то в строгом смысле слова невозможно говорить и о врачебных ошибках. Поэтому во многих случаях сложности с идентификацией дефектов медицинской помощи остаются. Для четкого определения врачебных ошибок нужны соответствующие правила хорошей практики или клинические стандарты. Вместе с тем существует множество совершенно очевидных случаев, для которых не требуется введения стандартов. Например, забытый в полости тела хирургический инструмент или тампон при операции является самоочевидной врачебной ошибкой [17].

В настоящее время принято определение врачебной ошибки, данное академиком И.В. Давыдовским: «Врачебная ошибка–это следствие добросовестного заблуждения врачей при выполнении врачебных обязанностей» []. Схожее мнение имеют Г.Б. Дерягин и соавт.: «...с учетом отсутствия в действиях врача элементов недобросовестности, небрежности,

легкомыслия...» [4]. Работы, посвященные описанию и изучению этой проблемы, чаще стали появляться в 90-е годы. Изучены виды, частота и актуальность этой проблемы [24]. По мнению В.И. Аكوпова, у разных специалистов они по-разному проявляются. У «агрессивных»–хирургов их всегда больше, чем у терапевтов, отличающихся консерватизмом; у реаниматологов, работающих с тяжелыми больными, больше, чем у дерматологов. По данным патологической службы различных городов РФ, расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов превышает 20% [1]. Предложено много классификаций врачебных ошибок. Существует известная классификация Ю.Т. Комаровского (1976), которая имеет очень детализированный характер.

Эта классификация группирует врачебные ошибки по нескольким рубрикам.

1. По виду:

1) диагностические (по заболеваниям и осложнениям, по качеству и формулировке диагнозов, по расхождению исходного и заключительного диагнозов);

2) лечебные (общие, тактические, технические);

3) организационные (административные, документационные, деонтологические).

2. По причинам:

1) субъективные (моральные и физические недостатки врача, недостаточная профессиональная подготовка, недостаточный сбор и анализ информации);

2) объективные (неблагоприятные особенности пациента и его заболевания, неблагоприятная внешняя обстановка, несовершенство медицинской науки и технологии).

3. По последствиям:

1) нетяжелые (временная потеря трудоспособности, ненужная госпитализация);

2) тяжелые (ненужное лечение, инвалидность, летальный исход).

4. По категориям, их критериям и возлагаемой ответственности:

1) заблуждение – не квалифицируется;

2) несчастный случай – имеет место при выполненных обязанностях врача, ненаказуем;

3) проступок – при нарушении врачебных обязанностей и нетяжелых последствиях ошибки, возможно административное расследование и дисциплинарное взыскание;

4) преступление – при нарушении долга врача и тяжелых последствиях ошибки возможно уголовное преследование и наказание [17]. естественно уменьшить, но нельзя полностью ликвидировать [26].

По мнению Британской медицинской ассоциации (ВМА – British Medical Association), риск ошибок и несчастных случаев в клинической медицине можно рассматривать в виде пяти уровней (или перспектив), что должно помочь прояснить соответствующие обязанности медицинских работников.

1. Восприятие риска пациентом Часто пациенты имеют нереалистичные ожидания от медицинской помощи; поэтому задача врачей – помочь пациентам в более адекватной оценке риска при получении информированного согласия.

2. Риск, связанный с недостаточной компетентностью врачей Например, частой ошибкой является неправильный диагноз. В то же время затягивание постановки диагноза и избыточные исследования ведут к риску, связанному со слишком долгим ожиданием лечения.

3. Риск как результат системной ошибки В данном случае это не ошибка конкретного врача, а следствие серии различных взаимосвязанных событий, связанных с особенностями функционирования целой системы медицинской помощи.

4. Риски могут быть связаны с экономией затрат на медицинскую помощь (что может привести к неиспользованию необходимых для оказания помощи ресурсов).

5. Неустраняемые риски, связанные с самой клинической процедурой. Даже если устранить риски предыдущих уровней, то остаются внутренние риски медицинского вмешательства, которые варьируют в связи с такими факторами как пол, возраст, сопутствующие заболевания и т.п., и влияют на возможность больного получить пользу от медицинского вмешательства. ВМА полагает, что подобное различие уровней может способствовать лучшему определению ответственности и обязанностей участников медицинской помощи (процесс, которой нельзя оставлять не проясненным и недостаточно структурированным) [20].

Заключение

Анализ данных литературы показал, что любое медицинское вмешательство сопряжено с риском развития ошибок и возникновения неблагоприятного исхода.

Авторами научных исследований приводятся различные их виды, которые не имеют комплексного подразделения. Не изучены вопросы причинно-следственных отношений их возникновения.

Отмечаются особенности их развития на различных этапах оказания медицинской помощи, однако конкретно они не подразделены, и в разрезе специальностей недостаточно освещены и исследованы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гиясов З.А., Исламов Ш.Э. Установление мест допущения дефектов медицинской помощи // Суд. мед. – 2019. – Т. 5, №1. – С. 29-32.2

2. Горобий В.Д. Патологоанатомическая оценка ятрогений и качества клинической диагностики // Арх. пат. – 2006. – Т. 68, №1. – С. 52-54.3

4. Дерягин Г.Б., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Правовая ответственность медицинских работников (судебно–медицинские аспекты): Учеб. пособие. – Архангельск, 2002. – 179 с.4

5. Казарян В.М. Дефекты оказания медицинской помощи при закрытой травме живота // Суд.-мед. экспертиза. – 2008. – №4. – С. 37-39.6

6. Козьминых Е.В. Пример судебного разбирательства по поводу возникновения анафилактической реакции // Здоровоохранение. Журн. для руководителя и главбух. – 2003. – №4. – С. 53-59.7

7. Назиров Ф.Г., Агзамходжаев С.С. и др. Стандарты оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе; Под ред. Ф.Г. Назирова. – Ташкент: Абу Али ибн Сино, 2001. – 96 с. 5

8. Николаев Б.С., Тхакахов А.А. О стандартизации в судебной медицине // Суд.-мед. экспертиза. – 2004. – №3. – С. 21-23.8

9. Пашинян Г.А., Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Черколина Е.Н. Исторические аспекты отношения врачей к своим профессиональным ошибкам // Суд.-мед. экспертиза. – 2008. – №5. – С. 44-46.10

10. Пашинян Г.А., Ромодановский П.О., Пашинян А.Г. и др. К вопросу преподавания медицинского права студентам высших учебных медицинских заведений // Суд.-мед. экс-пертиза. – 2005. – №4. – С. 37-41.9

11. Пиголкин Ю.И., Богомолова И.Н. Применение принципов доказательной медицины в качестве критериев полезности новых методов исследования в экспертной практике // Суд.-мед. экспертиза. – 2004. – №6. – С. 3-6.11

12. Поздеев А.Р., Закиров Т.Р., Поздеева Ю.М., Неволин Н.И. Качество экспертного изучения медицинских документов при оценке дефектов диагностики и лечения // Пробл. экспертизы в мед. – 2005. – №4. - С. 50-51.12

13. Рахимджанов Ш.А. Экспертная оценка причин младенческой смертности и возможные пути ее снижения // Мед. журн. Узбекистана. – 2005. – №6. – С. 7-9.13
14. Рахманова Н.А., Нормухамедова Н.А. Оценка качества оказания медицинской помощи в первичном звене здравоохранения // Мед. журн. Узбекистана. – 2010. – №6 – С. 75-78.14
15. Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующего врача/ Пер. с англ. – М.: Практика, 1994. – 208 с.15
16. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. – Москва; Иваново, 2001. – 251 с.16
17. Ушаков Е.В. Биоэтика. – М.: Юрайт, 2016. – 307 с.17
18. Христоробова Е.И. Ошибки диагностики и лечения