

**М.М. Махамбетчин**

---

# **ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ**

**ПРИЧИНЫ, АНАЛИЗ  
И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ**



**Москва**  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»  
2020

## СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений и условных обозначений.....	6
Предисловие.....	7
Введение.....	13
Актуальность проблемы безопасности пациента.....	15
Патологическая анатомия и контроль качества оказания медицинской помощи.....	16
Медицинская наука и врачебные ошибки.....	18
<b>1. Ошибки в медицине.....</b>	<b>19</b>
Ошибки в медицине были, есть и будут.....	21
История медицины — история ошибок.....	22
Правильные действия врача не означают, что они абсолютно безошибочны.....	24
Сложность медицины.....	26
Реальная и неоднозначная эффективность медицины.....	28
Доказательная медицина — свидетельство относительности знаний в медицине.....	28
Индивидуальные особенности человека нередко усложняют диагностику и лечение.....	31
Ошибка врача — только одна из причин неблагоприятных исходов медицинской помощи.....	32
<b>2. Противоречия, порочные круги в проблеме ошибок и их следствия.....</b>	<b>35</b>
Противоречия в проблеме врачебных ошибок.....	35
Отсутствие страхования профессиональной ответственности — один из ключевых аспектов проблемы ошибок в медицине.....	37
Разный опыт переживания ошибок усложняет взаимопонимание врачей в проблеме ошибок.....	38
«Опасность» уличения в ошибке снижает эффективность экстренной медицины.....	42
Не все ошибки в медицине разбираются.....	43
Не разбирая ошибки, мы упускаем важные факты для развития науки.....	44
Не разбирая ошибки, мы не выявляем системные ошибки, не зависящие от врача.....	47
Отсутствие объективных критериев виновности или невиновности усугубляет проблему ошибок.....	48
Последствия неверного отношения к ошибкам врачей.....	49
<b>3. «Невиновная» и «виновная» ошибка врача.....</b>	<b>52</b>
Врачебная ошибка считалась невиновным деянием.....	52
«Виновная» и «невиновная» ошибка.....	54
Виды ошибок врачей.....	56
Качество информации о больном — основной аспект, определяющий исход лечебно-диагностического процесса.....	60

Варианты незнания, ведущие к ошибке .....	62
Отличие «невиновной» ошибки от «виновной» .....	66
Примеры «невиновных» и «виновных» ошибок.....	70
Грань между необходимой уверенностью и самонадеянностью может быть неуловимой .....	74
<b>4. Вина и виновность врача при ошибке .....</b>	<b>76</b>
Переживание чувства вины и тревоги.....	77
Три вида чувства вины .....	78
Не переживать вину и тревогу, а конструктивно работать с ошибкой и ее последствиями.....	79
<b>5. Признание ошибки .....</b>	<b>81</b>
Признание ошибки важно и необходимо .....	82
Признание ошибки — сложный психологический акт .....	83
Феномен когнитивного диссонанса.....	84
Признать ошибку легче после ее анализа, а анализ ошибки порой невозможен без ее признания .....	86
Оправдание оправданию рознь .....	88
Взаимоотношения в коллективе определяют отношение к ошибкам.....	88
Причины отрицания ошибок .....	92
Заведующий отделением — ключевая фигура в проблеме ошибок .....	94
<b>6. Ответственность за ошибку.....</b>	<b>96</b>
Факторы, влияющие на квалификацию ошибки .....	97
Ответственность врача при разных видах ошибок .....	100
Организационные мероприятия и наказание в профилактике ошибок ....	101
<b>7. Профессиональный опыт и ошибки .....</b>	<b>103</b>
Какой опыт повышает профессионализм врача? .....	104
«Не хватило опыта» — не означает «имеет низкую квалификацию».....	105
Опыт опыту рознь .....	106
«Неожиданные» вариации «незыблемых» знаний.....	109
<b>8. Анализ ошибок .....</b>	<b>112</b>
Анализ ошибок должен быть рутинной работой.....	113
Некоторые результаты анализа причин неблагоприятных исходов .....	114
Недооценка или переоценка симптомов .....	115
Установление и анализ ошибки врача требуют определенных навыков....	116
<b>9. Причины и механизмы ошибок.....</b>	<b>118</b>
Основные причины и механизмы ошибок врача .....	119
Особенности характера врача и его ошибки.....	125
Клиническое мышление и ошибки.....	126
Когнитивные искажения .....	128
Основные когнитивные ловушки в клиническом мышлении.....	129
Стереотипы в медицине.....	131

---

<b>10. Ошибки в хирургии и анализ их механизма</b> .....	136
Аналогия как причина ошибки .....	151
Логичное — не всегда верное.....	153
Внушение — еще одна скрытая причина ошибок .....	158
Стереотип, внушение, установки, аналогии работают подсознательно ....	162
Чувства и эмоции, способствующие ошибкам .....	163
Ошибки интерпретации .....	168
Переоценка результатов инструментального обследования .....	171
Ошибки в диагностике и лечении коллег, родственников и близких.....	172
Ошибки по разным и смешанным причинам.....	174
Ошибки при редкости или атипичности патологии .....	177
<b>11. Клинико-патологоанатомические конференции</b> .....	190
Клинико-патологоанатомическая конференция вчера и сегодня.....	191
Клинико-патологоанатомической конференции важно вернуть прежние роль и значение .....	193
Роль врача, допустившего ошибку, в ее коллективном анализе.....	195
Роль рецензента в клинико-патологоанатомической конференции.....	196
Анализ ошибок и конфликты .....	197
<b>12. Как решают проблему медицинских ошибок в других странах</b> .....	199
Стандартизация в медицине — основа управления качеством медицинской помощи .....	202
Страхование профессиональной ответственности .....	205
<b>13. Теория ошибок врачей</b> .....	209
Несовершенство теории ошибок врачей сдерживает решение проблемы ошибок.....	209
Теория ошибок врачей должна стать отдельной наукой.....	212
Теория ошибок врачей как проводник в профессиональном росте.....	215
Заключение .....	217
Квинтэссенция книги .....	223
Благодарности .....	224
Приложение 1. Объективные причины ошибок врачей .....	226
Приложение 2. Характер и механизм ошибок по субъективным причинам ...	228
Приложение 3. Правила конструктивной критики. Как воспринимать критику .....	232
Библиография .....	234

## 2. ПРОТИВОРЕЧИЯ, ПОРОЧНЫЕ КРУГИ В ПРОБЛЕМЕ ОШИБОК И ИХ СЛЕДСТВИЯ

---



Бурденко Николай Нилович (1876–1946). Русский и советский хирург, организатор здравоохранения, основоположник советской нейрохирургии, главный хирург Красной армии в 1937–1946 гг., академик АН Союза Советских Социалистических Республик (1939), академик и первый президент АМН Союза Советских Социалистических Республик, Герой Социалистического Труда. Почетный член Лондонского королевского общества хирургов и Парижской академии хирургии

«Я часто и сам во время своей деятельности совершал ошибки и в диагнозе, и в технике операции. Однако в отчаяние и уныние впадать не следует. Не уныние, а еще большую жажду исканий и самоусовершенствования должны вызывать наши неудачи и несовершенное знание» [69].

### ПРОТИВОРЕЧИЯ В ПРОБЛЕМЕ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК

В истории есть свидетельства о том, что еще в древности врачей наказывали за неудачное лечение. Ответственность за неблагоприятный исход лечения по мере развития общества и медицины смягчалась. Ошибки как причина неуспешного врачевания в российской литературе впервые стали предметом исследования благодаря Н.И. Пирогову. С тех пор на протяжении почти двухсот лет проблема ошибок остается по-прежнему актуальной.

Последние два десятилетия в понятие «врачебная ошибка» судебные медики и юристы вкладывали противоречивое содержание. Сегодня уровень теоретической разработки этого вопроса допускает существование в обществе тройственной трактовки врачебной ошибки (врачебная ошибка — всегда невиновное деяние; может быть и виновным; всегда виновное). Лишь 1% респондентов допускают, что «врачебная ошибка» каким-то образом соотносится с невиновным причинением вреда в медицине [54].

Понимание проблемы врачебных ошибок сложно не только для немедицинской части общества, но и для врачей, которые из-за сложности и деликатности этой проблемы избегают ее обсуждения. Даже непосредственное изучение в течение нескольких лет проблемы медицинских ошибок и попытка ее описать не позволяют быть уверенным, что выявлены все основные аспекты этого многогранного явления и обнаружены главные ее противоречия. Противоречия, которые осложняют как понимание, так и решение данной проблемы, открывались не сразу, а постепенно и последовательно по мере углубления в тему. Ниже следует перечень этих противоречий.

1. Врачу доверяют самое ценное — здоровье, жизнь, и врач старается действовать без ошибок, вместе с тем сложность медицины и каждого отдельного больного не позволяют ни одному врачу в мире всегда и во всех случаях действовать безошибочно.

2. Ошибка обычно ассоциируется с той или иной степенью вины, а вина традиционно подразумевает определенное наказание. Однако в медицине заблуждение при добросовестном отношении, сопровождающемся желанием вылечить больного, не должно наказываться и не наказывалось.

3. Жизненная необходимость анализа ошибок в медицине очевидна, но психологическая трудность признания ошибок делает их качественный анализ трудным и порой невозможным.

4. Главным условием объективного анализа ошибки и превращения ошибки в профессиональный опыт является признание ошибки, последнее нередко возможно только при установлении механизма ошибки, который можно установить, только признав ошибку.

5. Самолюбие, конкуренция могут быть как важными двигателями профессионального роста, так и, в сочетании с тщеславием и завистью, главными препятствиями к этому росту из-за отказа от признания и анализа ошибок.

6. Врачебная ошибка раньше считалась невиновным деянием. Ошибка из-за легкомыслия (самонадеянности) относится к виновным деяниям. Однако интуиция и вера в правильность своих действий могут лежать как в основе правильных действий врача, так и подчас в основе

ошибки (как невиновного деяния) или в основе ошибки из-за легкомыслия (виновного деяния).

7. Врачам при совершении ошибки свойственно переживать моральное чувство вины, но признание врачебной ошибки не является и не должно быть признанием виновности в правовом (административном, уголовном) поле.

8. Широкий диапазон причин ошибок и условий их возникновения оставляет место как для необходимости наставнику отчитать за ошибку начинающего врача (наедине или в узком кругу ему равных), так и для исключения даже интонации упрека за врачебную ошибку, совершенную опытным коллегой.

9. Неблагоприятный исход, связанный с медицинским вмешательством, может быть компенсирован больному, но по существующим законам компенсация возможна только при констатации вины (ошибки) врача в правовом (административном, уголовном) поле, тогда как при многих ошибках врач не виноват в правовом поле.

10. Понятие врачебной ошибки отсутствует в УК, однако констатация врачебной ошибки юристом зачастую становится основанием для предъявления обвинения в преступлении по неосторожности.

11. Реже ошибаются опытные, но обучение на ошибках — неотъемлемая часть опыта.

Кроме перечисленных противоречий нельзя не упомянуть и об одном важном противоречии всей медицины, в той или иной степени способствующем совершению ошибок. Это противоречие между углублением наших знаний о болезнях, результатом чего и является дальнейшая дифференциация врачебных специальностей, и все большей опасностью потери целостного взгляда на больного [55, 56].

Указанные противоречия лежат в основе неопределенности термина «врачебная ошибка», неопределенности, которая является одновременно и причиной, и проявлением сложности проблемы врачебных ошибок. Свою лепту в отсутствие единого понимания проблемы врачебных ошибок вносит универсальность (неоднозначность) и самих основных понятий: «ошибка», «вина», «наказание».

## **ОТСУТСТВИЕ СТРАХОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ — ОДИН ИЗ КЛЮЧЕВЫХ АСПЕКТОВ ПРОБЛЕМЫ ОШИБОК В МЕДИЦИНЕ**

Больные и их близкие, переживающие сильный стресс при непредвиденном неблагоприятном исходе лечения, особенно когда им доступно не объяснили причины случившегося, склонны подозревать ошибку в лечении и могут обвинять врача. Юристы, призванные защищать

права пациентов, доказывают наличие любой ошибки в лечении, не уточняя ее механизм. Наличие ошибки, подразумевая вину врача, дает шанс получить больному компенсацию за нанесенный вред здоровью.

ЛПУ не застраховано от неблагоприятных исходов и не имеет специальных средств, заложенных для компенсаций нанесенного вреда здоровью пациента. Поэтому ЛПУ не заинтересовано признавать и оглашать какую-либо ошибку вообще, как с финансовых, так и с имиджевых позиций. В этой связи, к сожалению, ЛПУ также «вынуждено» не различать типы ошибок по механизму, пытаясь отрицать любую ошибку без уточнения виновности врача. Когда и сторона обвинения, и сторона защиты не уточняют тип ошибки, удобно все и любые ошибки обозначать как врачебные. Формируется порочный круг (рис. 4), поддерживающий причины и условия ошибок.

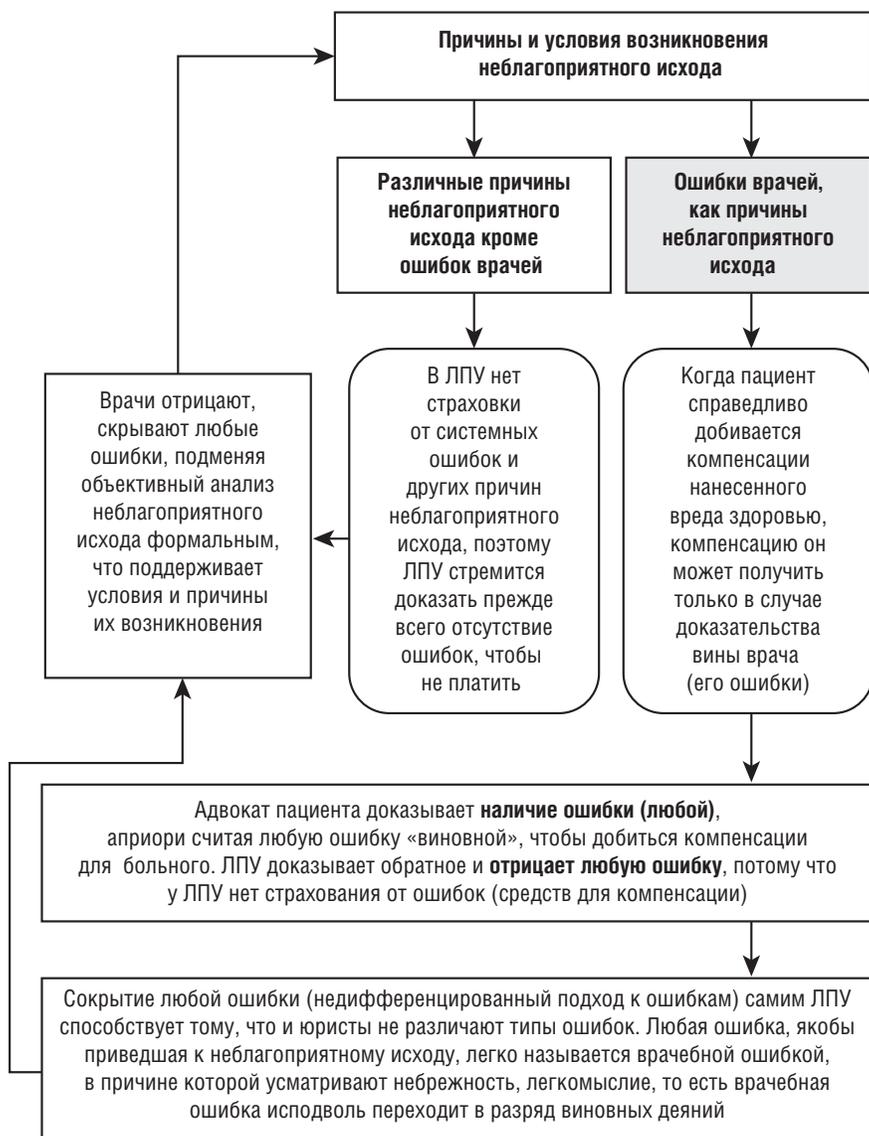
Отождествление всех причин неблагоприятных исходов с врачебной ошибкой, вместе с предъявлением обвинения и иска, обычно создает для юристов труднопреодолимую преграду — сопротивление врачей в признании даже очевидных ошибок. В итоге «сверхзащиты» врачей пострадавший может остаться без компенсации даже в случае ошибки из-за небрежности, легкомыслия врача, а сам коллектив врачей — без констатации и поучительного анализа ошибки. Прецедент несправедливого обвинения при врачебной ошибке негативно отражается на возможности обучения на ошибках вообще.

Врачи ЛПУ настаивают на том, что неблагоприятный исход произошел вследствие несчастного случая, аномальных реакций и осложнений, а пострадавшая сторона доказывает присутствие ошибки врача или ошибки в организации медицинской помощи (см. рис 4). Тогда как рациональным было бы пострадавшей стороне доказывать, что неблагоприятный исход связан с медицинским вмешательством вообще, не обвиняя в ошибке врачей. При этом лечебное учреждение, подтверждая этот факт, могло бы материально компенсировать больному нанесенный вред его здоровью, оставив выяснение конкретной причины неблагоприятного исхода коллективу.

## **РАЗНЫЙ ОПЫТ ПЕРЕЖИВАНИЯ ОШИБОК ОСЛОЖНЯЕТ ВЗАИМОПОНИМАНИЕ ВРАЧЕЙ В ПРОБЛЕМЕ ОШИБОК**

На первый взгляд может показаться, что врачи единомышленны в проблеме ошибок, а на самом деле нас объединяет только:

- убеждения в необходимости разбирать медицинские неудачи и ошибки во врачебной среде и только в редких случаях в юридической сфере;



**Рис. 4.** Порочный круг из-за отсутствия страхования ошибок. ЛПУ — лечебно-профилактическое учреждение

- критика администрации здравоохранения за недостаточное противодействие все большему переносу врачебных ошибок в юридическую сферу;
- недовольство журналистами, которые субъективно трактуют ошибки в медицине и усугубляют проблему;
- убеждения в необходимости улучшения условий и оплаты труда, влияющих на качество работы.

При этом в таком общем вопросе: «Когда врача надо считать невиновным или виновным при той или иной ошибке?», что является главным во всей проблеме ошибок, мы, врачи, не можем найти общий язык между собой. От взаимопонимания именно в этой части проблемы зависят реальное снижение и контроль количества ошибок, снижение растущего напряжения в обществе. Трудно ожидать, что кто-то поймет врачей в этой части проблемы, если врачи сами не начнут понимать друг друга.

Обсуждение проблемы в среде врачей позволяет предположить, что разногласия среди коллег происходят от различного отношения к своим ошибкам и разного опыта переживания их. Выделив две крайние формы отношения к ошибкам, можно между ними расположить другие возможные варианты следующим образом (табл. 1).

Настоящая классификация отношений условна и не отражает всего многообразия возможных вариантов. Вместе с тем крайние и промежуточные варианты дают определенное представление о диапазоне возможных отношений к ошибке. В реальности, видимо, смешанных вариантов больше, чем вариантов в чистом виде.

1-й и 8-й варианты, как крайние формы, вероятно, встречаются реже, чем промежуточные. При 1-м варианте отношения врач считает, что не существует «безвинных» ошибок. В моральном отношении, вероятно, не бывает «безвинных» ошибок. Последнее верно, когда внутреннее моральное чувство вины отличают от чувства вины по закону.

При 3, 4, 5-м вариантах врач признается в ошибке себе, но скрывает ее от других, одни врачи из-за чувства стыда, другие — из-за тщеславия, третьи — из-за опасения наказания.

При 6-м варианте врач не признается в ошибке даже себе, отрицает ее, потому что не может понять, как это могло случиться, настолько он был уверен в своих суждениях и решении. При такой уверенности в своей правоте для него сложно признать ошибку, не зная ее механизм (причины).

При 7-м и 8-м вариантах врач не имеет достаточной подготовки, профессионально выгорел или исходно ошибся с выбором профессии, он равнодушен как к судьбе больного, так и коллег.

Таблица 1

## Основные варианты отношения врача к своей ошибке

Признает свою ошибку		Признается в ошибке только себе		Не признается в ошибке даже себе	
<p><b>Переживает вину там, где ее нет</b></p> <p>Чувствует себя виновным перед пациентом, несмотря на то что патология или травма при сегодняшнем уровне медицины были неизлечимыми или несоместимыми с жизнью. Склонны винить себя, не выясняя и не догадываясь об аргументах в пользу своей невиновности</p>	<p>Переживает досаду, огорчение, что не хватило опыта принять правильное решение, но чувство вины уступает чувству ответственности за исправление того, что возможно, за поиск причин и механизма ошибки. Склонны научиться других на своей ошибке</p>	<p>Переживает тревогу и беспокойство</p>	<p>Отрицает свою ошибку, не испытывает чувства вины</p>	<p>Отрицает свою вину, перекладывая ее на пациента, руководителя, студентов или других врачей</p>	
		<p>Переживает чувство неловкости, смущения, стыда</p>	<p>Потому что уверен, что все оценил и сделал правильно, не может понять, как могла случиться ошибка, не может объяснить ее механизм.</p>		
		<p>Скрывает свою ошибку от других</p>		<p>Переживает за случившееся</p>	

Эксперты, от заключения которых может зависеть судьба обвиняемого врача, — тоже врачи. Их отношение к ошибкам не может не повлиять на их заключения. Не секрет, что инициатором и консультантом жалоб пациентов иногда являются сами врачи. Поступки таких врачей также определяются их отношением к ошибкам.

Каждый врач может иметь разные варианты отношения (переживания) к ошибкам, в зависимости от характера ошибки, условий ее возникновения, профессиональной квалификации и степени своей зрелости как личности. Многие, вероятно, проходят через первый вариант. Со временем каждый врач осмысленно либо под влиянием окружения постепенно привыкает преимущественно к одному из приведенных вариантов.

Приведенная классификация условна, она призвана только очертить возможные варианты отношения и тем самым показать, что при обсуждении проблемы ошибок врачи исходят из разного личного опыта переживания ошибки, из того, что им близко и понятно. Это одна из главных причин сложности достичь взаимопонимания врачей между собой по проблеме ошибок.

### **«ОПАСНОСТЬ» УЛИЧЕНИЯ В ОШИБКЕ СНИЖАЕТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ**

Угроза обвинений негативно отразится прежде всего на качестве экстренной помощи, сопряженной с тем или иным риском ошибок. В случае смерти больного из-за опасений в уличении ошибки в посмертном диагнозе вместо непосредственной причины смерти выставляются универсальные причины смерти.

Прогресс в любой области клинической медицины определяется повышением эффективности лечебно-диагностического процесса, что сопровождается снижением летальности, осложнений, инвалидности, времени нетрудоспособности и сроков лечения. Первостепенная задача медицинской помощи — предотвратить смерть пациента, предупредить смертельное осложнение — непосредственную причину смерти. Если не удалось предупредить осложнение, то необходимо своевременно его выявить и целенаправленно лечить.

Непосредственная причина смерти — главное осложнение основного заболевания — может быть связана с течением необратимого тяжелого заболевания (травмы), с несчастным случаем (анафилактический шок и др.), с погрешностями в лечении из-за недостатков в организации работы и/или оснащении клиники, с ошибочными действиями врача. Без выявления и устранения этих причин невозможно совершенствовать медицинскую помощь.

Чтобы предотвратить смерть больных с определенной патологией, надо знать от чего непосредственно умирают эти больные. Если в качестве непосредственной причины смерти выставляются шаблонные заключения, истинная непосредственная причина смерти остается без должного внимания и разбора, а значит, в будущем шансы уберечь аналогичных больных от такого осложнения невысокие.

Выставление шаблонных заключений в виде недостаточностей (сердечно-сосудистой, дыхательной, полиорганной) присущи врачам во всех странах. Поэтому во 2-м томе Международной статистической классификации болезней 10-го пересмотра в разделе формулировки окончательного диагноза, в графе непосредственной причины смерти отдельно подчеркивается: «сюда не включаются симптомы и явления, сопровождающие наступление смерти (механизм смерти), такие как сердечная или дыхательная недостаточность и т.д. Включаются болезни, травмы и осложнения, приведшие к смерти» [51].

Без глубокого анализа неблагоприятного исхода, установления и объективного подтверждения основного заболевания и его осложнений невозможно определить непосредственную, промежуточную и ближайшую причину смерти.

Если старшее поколение врачей в основном знает непосредственную причину смерти и осознанно избегает ее констатации, чтобы избежать уличения в возможной ошибке, то новое поколение врачей уже не знает непосредственную причину смерти и не понимает ее значения для совершенствования лечебно-диагностического процесса.

## **НЕ ВСЕ ОШИБКИ В МЕДИЦИНЕ РАЗБИРАЮТСЯ**

«Главная проблема на пути повышения безопасности пациента — отсутствие осведомленности о частоте ошибок, возникающих ежедневно по всей системе здравоохранения, так как традиционно они скрываются из-за страха наказания» [57]. Урежение и формализация разборов неблагоприятных исходов последние два десятилетия привели к формированию поколения врачей, которые не видят необходимости в подобных разборах. Напротив, столкнувшаяся с ошибкой врачей немедицинская часть общества, вероятно, думает, что все ошибки в медицине разбираются, потому что это продиктовано здравым смыслом. Однако, как показывает жизнь, не всегда здравый смысл способен преодолеть обстоятельства.

Из-за риска признать ошибку врача виновным дежурим большинством неочевидных (скрытых) ошибок остается без разбора. Многие клинические случаи с неблагоприятным исходом, содержащие в себе поучительные знания, остаются без должного анализа.

К примеру, не смогли спасти больного с тяжелой сочетанной травмой головы, грудной клетки и таза. Причиной смерти часто выставляется травматический шок, что наряду с такими шаблонными заключениями, как острая сердечно-сосудистая, дыхательная, полиорганная недостаточность, — зачастую скрывает истинную причину смерти. В действительности ранними главными смертельными осложнениями травмы, как правило, являются: неустановленный или вовремя не остановленный источник кровотечения, острая невосполненная или несвоевременно восполненная кровопотеря, гемотрансфузионный шок, первичный или вторичный отек головного мозга, повреждение шейного отдела спинного мозга, напряженный пневмоторакс и/или большой гемоторакс, диффузные повреждения легких, аспирация, асфиксия, острая почечная недостаточность, тампонада сердца и др. Констатируя главное осложнение травмы, мы можем оценить своевременность и адекватность проведенных лечебно-диагностических мероприятий. В случае неправильных (ошибочных) действий анализируются причины и механизм ошибки и предпринимаются меры по предупреждению их в будущем.

Действительно, ошибок врача по объективным причинам намного меньше, чем ошибок из-за недостаточности опыта и знаний. Уровень недостаточности знаний и опыта может граничить с невежеством, и в отдельных случаях такую ошибку трудно отличить от наказуемых ошибок из-за небрежности, легкомыслия и невежества. Низкий уровень компетенций сопровождается и соответствующим низким уровнем ответственности.

Постоянный анализ любых погрешностей, промахов, ошибок в работе ведет как минимум к закреплению в памяти профессиональных знаний и как максимум может формировать навыки установления сложных механизмов ошибок мышления. Отсутствие такого анализа приводит к абсурдным повторениям элементарных ошибок.

Возможности извлечения опыта из ошибок в силу тенденций последних двух десятилетий небольшие. На рис. 5 показано, что из шести сценариев вокруг ошибки врача только один делает ошибку полезным опытом, требуя при этом немалых психологических и интеллектуальных усилий, а остальные пять сценариев наиболее распространены из-за того, что зачастую кроме пассивности ничего не требуют.

## **НЕ РАЗБИРАЯ ОШИБКИ, МЫ УПУСКАЕМ ВАЖНЫЕ ФАКТЫ ДЛЯ РАЗВИТИЯ НАУКИ**

На первый взгляд, между медицинской наукой и врачебными ошибками обычная связь, а именно, врачебные ошибки, как проблема, могут стать объектом научных исследований. Однако связь проблемы врачебных ошибок и науки глубже и актуальнее.

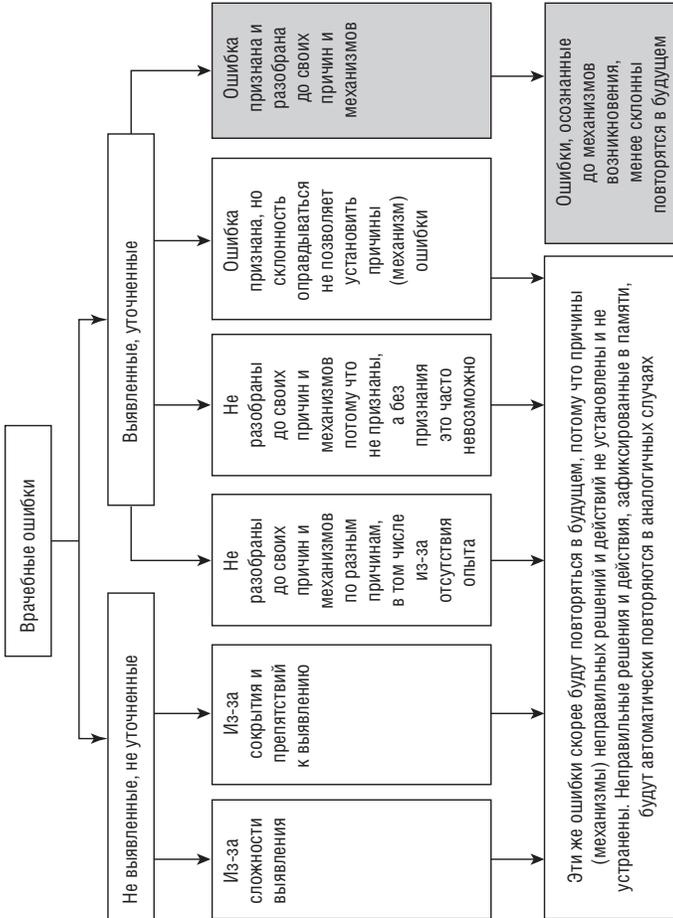


Рис. 5. Возможности извлечения опыта из ошибки врача [58]

Изучение проблемы врачебных ошибок среди многих скрытых от поверхностного взгляда аспектов и противоречий показало и реальную возможность влияния этой проблемы на научную активность вообще.

Научная идея возникает на почве возникшей проблемы, которая высвечивается и констатируется при объективном анализе неблагоприятного исхода. Когда проблема констатирована, ее начинают разрабатывать, чтобы глубже понять и найти варианты ее решения. Поиск вариантов решения и рождает научную идею—гипотезу—изобретение.

Субъективное отношение общества и самих врачей к ошибкам в медицине препятствует объективному анализу неблагоприятных исходов. Большой пласт фактов и проблем остаются вне поля потенциальных исследователей, не становятся основой научных гипотез, идей, изобретений.

Если врач, опасаясь уличения в совершении им ошибки, нечестен при анализе случая, то и установление важных патоморфологических и патофизиологических фактов и их взаимосвязей маловероятно. Если неблагоприятный исход наступил вопреки адекватной помощи (помощи без ошибок), главное осложнение основного заболевания рождает вокруг себя вопросы, которые и становятся предметом научных исследований.

И.В. Гете<sup>1</sup>: «Гораздо легче найти ошибку, нежели истину. Ошибка лежит на поверхности, и ее замечаешь сразу, а истина скрыта в глубине, и не всякий может отыскать ее». В медицине важна истина (факты и аргументированные причинно-следственные связи), которые являются двигателем и науки, и совершенствования организации медицинской помощи. Без систематического «упражнения» в объективном анализе неблагоприятных исходов шансы на обнаружение скрытой истины, ключевых фактов патологии небольшие.

И.П. Павлов<sup>2</sup>: «Факты — это крылья науки». «Наука всегда следует за фактами, явлениями, раскрывая сущность, закон, которому явление и факты подчиняются».

А.Б. Мигдал<sup>3</sup>: «Науку образуют факты, соотношения между ними и толкование этих соотношений».

Развитие медицины во всех направлениях и аспектах, как и любой отрасли, происходит именно из-за настойчивого поиска ответа на вопрос: «Почему?», «Почему случилось осложнение, инвалидизация или смерть?», которого часто избегают из-за опасения выявления ошибок.

<sup>1</sup> **И.В. Гете** (1749–1832) — немецкий писатель, мыслитель, философ и естествоиспытатель, государственный деятель.

<sup>2</sup> **И.П. Павлов** (1849 —1936) — русский и советский ученый, физиолог, вивисектор, создатель науки о высшей нервной деятельности, физиологической школы; лауреат Нобелевской премии по физиологии и медицине 1904 г.

<sup>3</sup> **А.Б. Мигдал** (1911–1991) — советский физик-теоретик, академик АН СССР с 1966 г.

**Формирование профессионального опыта, приобщение к науке начинаются с вопроса «ПОЧЕМУ?». Именно этот вопрос заставляет размышлять, искать, читать и позволяет в будущем эффективно преодолевать трудности, в том числе не повторять пройденных ошибок.**

В разработке теории ошибок врачей заключен потенциал не только прямого повышения квалификации медицинских кадров и качества медицинской помощи, но и основной потенциал для активации научных исследований, разработки новых технологий.

### **НЕ РАЗБИРАЯ ОШИБКИ, МЫ НЕ ВЫЯВЛЯЕМ СИСТЕМНЫЕ ОШИБКИ, НЕЗАВИСЯЩИЕ ОТ ВРАЧА**

При игнорировании анализа ошибок врачей трудно ожидать качественного анализа других причин неблагоприятного исхода (см. рис. 3). Во-первых, процесс установления другой, кроме ошибок, ключевой причины, вызвавшей или способствовавшей неблагоприятному исходу лечения, — тот же, что и при установлении ошибки врача. Во-вторых, без констатации всех осложнений и их механизмов невозможно выйти на причины неблагоприятного исхода.

В лечении тяжелых больных, как правило, участвуют несколько специалистов, не считая дежурных врачей и среднего медперсонала. Вероятность ошибки в процессе диагностики и/или лечения высока, вместе с тем нельзя не согласиться и со следующим мнением: «... фактически невозможно, чтобы одна ошибка убила пациента в чрезвычайно механизированном мире современных больниц. Должен случиться каскад невероятных вещей; катастрофические ошибки редко случаются из-за промаха одного человека, но почти всегда из-за дефекта системы» [59].

Критический анализ неблагоприятных исходов в клинике показывает важную роль дефектов организации медицинской помощи, способствующих тем или иным погрешностям и ошибкам в работе медицинского персонала. В докладе Institute of Medicine USA (1999) подчеркнуто, что большинство медицинских ошибок возникает в результате сбоя сложных медицинских систем, а не индивидуальной небрежности или некомпетентности [60].

В этой связи следует привести данные по соотношению ошибок исполнителей (работников) и системы из книги У.Э. Демингу «Выход из кризиса». Оно составляет 6:94! [61]. Соотношение системных ошибок и ошибок отдельных врачей в медицине, вероятно, такое же, но важны не точные цифры, а осознание того, что системные ошибки значительно доминируют и их необходимо выявлять и устранять в первую очередь.

Примеры системных ошибок: расположение служб экстренной помощи (экстренной лаборатории, кабинета хранения крови, рентген-кабинета, реанимации, операционной и т.д.) отдаленно от приемного покоя и друг от друга; отсутствие утвержденных клинических протоколов для неотложных ситуаций; недостаточный контроль за запасами медикаментов и других средств первой необходимости; комплектование дежурной бригады без учета квалификации и опыта врачей; дежурство врача экстренной службы двое суток подряд при достаточном количестве штатных сотрудников и т.п.

Благодаря установлению непосредственной причины смерти и причин ее несвоевременной диагностики и/или лечения можно установить организационные, технические и другие причины, не связанные с квалификацией врача, но сыгравшие ведущую роль в неблагоприятном исходе. Именно такой подход лежит в основе постоянного совершенствования организации и технического оснащения экстренной медицинской помощи.

**Объективный анализ неблагоприятных исходов лечения способствует совершенствованию организации медицинской помощи, контролирует врачебные ошибки и является основным источником фактического материала для медицинской науки.**

## **ОТСУТСТВИЕ ОБЪЕКТИВНЫХ КРИТЕРИЕВ ВИНОВНОСТИ ИЛИ НЕВИНОВНОСТИ УСУГУБЛЯЕТ ПРОБЛЕМУ ОШИБОК**

Юристы признают, что категория медицинских споров — одна из самых сложных по доказуемости [54, 62–64]. Содержание статей УК не может гарантировать справедливость судебного разрешения медицинских споров, потому что проблема юридической квалификации виновного и невиновного деяния врача сложна и недостаточно разработана. С учетом этого законы могут больше защищать пострадавших (пациентов), чем врачей. Такое положение практически исключает искреннее и добровольное признание врачами своих ошибок.

Р. Артамонов считает, что: «в отношении к врачу преобладает презумпция виновности. Легко бить лежачего. У доктора нет механизмов самозащиты. И пока только сочувствие врачебного сообщества и корпоративная солидарность позволяют ему переносить удары обвинителей. Врачу легче понять врача, объяснить причины ошибок и просчетов в своей профессиональной деятельности. Это именно ошибки тех, кто делает дело, и почти никогда (проработав в медицине 40 лет, я просто не знаю примеров) — злой умысел» [65].

Попытка определить виновность или невиновность при ошибке врача, когда отсутствуют объективные, общепринятые критерии, на самом деле отдалает и врачей, и общество от решения этой проблемы в целом. Анализ ошибок в экстренной хирургии позволяет сделать следующие заключения.

- Есть ошибки, которые скрыты от самого врача, совершившего их. Такие ошибки выявляются только при глубоком, всестороннем и объективном анализе истории болезни.
- Есть ошибки, которые легко утаить, и они при современном обвинительном отношении к ошибкам — утаиваются.
- Есть ошибки очевидные, но если врач не признается в них, то невозможно определить механизм совершенной ошибки, а значит, ошибка с высокой долей вероятности повторится в будущем.

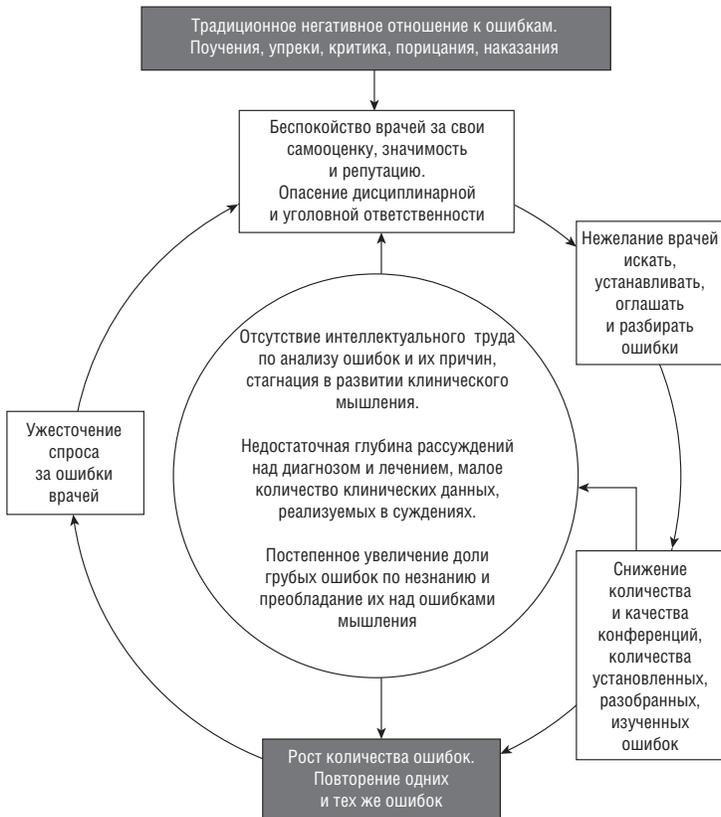
Юридическая неопределенность статуса ошибки врача вместе с неверным отношением к ней врачей, средств массовой информации и общественности в итоге привели к тому, что УК, работая на профилактику нечастых наказуемых действий врачей, способствует сокрытию огромного количества ошибок, в которых врач не виноват по закону. Скрытые ошибки одними повторяются, другими перенимаются и тиражируются.

**УК, используемый для профилактики ошибок врачей, вынуждает их скрывать свои ошибки, что ведет к их повторению и фактически способствует снижению безопасности пациентов. В итоге несистемного и одностороннего подхода мы имеем все менее защищенных как пациента, так и врача.**

Таким образом, разработка комплекса мер, стимулирующих врачей признавать свои ошибки для профилактики последних, на сегодня важнее, чем совершенствование законов, наказывающих за ошибки. В противном случае разорвать порочный круг не представляется возможным (рис. 6).

## **ПОСЛЕДСТВИЯ НЕВЕРНОГО ОТНОШЕНИЯ К ОШИБКАМ ВРАЧЕЙ**

Опасения несправедливых обвинений и наказаний за ошибку могут вести к уклонению от сложных больных и от ответственности, перестраховке с назначением избыточных обследований и консультаций, осложнениям при чрезмерной осторожности. Подчас не признаются даже очевидные ошибки перед собой и в узком кругу коллег. Укрывание



**Рис. 6.** Порочный круг, вызванный неверным отношением к ошибкам врача

и отрицание ошибок может стать стереотипным поведением, сдерживающим профессиональный рост врачей.

Неизбежность ошибок с одной стороны, опасение огласки ошибки — с другой стороны формирует индивидуальную и коллективную «сверхзащиту» врачей от своих же ошибок. В результате «сверхзащиты» немало тактических и технических ошибок остаются без должного внимания. Ошибки скрываются не только от пациентов, родных пострадавшего, но и от коллег. Ошибка все чаще остается без должного осознания самим совершившим ошибку врачом. Под «сверхзащитой» подразумевается не просто игнорирование поиска истины (установление ошибки и ее причин), но препятствование этому поиску, сопро-

тивление любому разбору, искажение фактов истории болезни, умо-зрительные оправдания, поиск компромиссов с прокуратором.

Явление «сверхзащиты» характерно для большинства врачей. Американские врачи используют тактику полного отрицания допущенных медицинских ошибок, так называемую *deny and defend* («отрицай и защищайся») [66, 67]. Если ввести в поисковую систему интернета этот термин вместе с *medical errors* (медицинская ошибка), выходят десятки документов, свидетельствующие о распространенности этой тактики и необходимости отказа от нее.

Доказательства своей правоты (невиновности) любыми способами, выгораживание допустивших ошибку коллег обретает системность. Доказательство своей правоты тем эффективнее, чем тверже внутреннее убеждение в правоте. Вместо критического анализа ошибок врач, защищаясь, убеждая себя и других в своей правоте, наоборот, фиксирует свои ошибочные образы мышления и действий.

Когда ошибочность умозаключения или действия не констатированы, подсознание относит их к правильным, проверенным и в будущем не требующим контроля элементам опыта. Этот порочный опыт впредь будет автоматически реализовываться в аналогичных случаях. Вовремя не пресеченные ошибочные образы мышления и действия становятся привычкой, от которой отказаться в будущем всегда сложно. Свидетельство того, что врачи со стажем не могут отказаться от доказанных ошибочных образов мышления и действий не только из-за амбиций, но и привычки, наверное, есть в каждом коллективе.

Строгое взыскание за ошибки, преследующее повышение качества лечебно-диагностической работы, в итоге имеет обратный эффект, способствует сокрытию, повторению и тиражированию ошибок врачей. Обвинения в невиновном деянии (добросовестном заблуждении — ошибке мышления) привело к резкому сокращению разборов ошибок, что постепенно ведет к росту действительно виновных деяний (безответственности на фоне незнания, некомпетентности).

Чем реже объективно и честно разбираются ошибки, тем больше становится ошибок из-за элементарного незнания. «Нам нужно помнить: нужна постоянная эволюция сознания, ибо наш враг и сегодня — не зло. Наш враг — невежество» [68].