

УДК 616-035.7

**ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ И ИХ ПРИЧИНЫ****<sup>1</sup>Томнюк Н.Д., <sup>2</sup>Мунин А.М., <sup>2</sup>Брюханов Н.Е., <sup>2</sup>Гапоненко В.О., <sup>1</sup>Данилина Е.П.**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», Министерства здравоохранения России, Красноярск, e-mail: rector@krasgmu.ru;

<sup>2</sup>КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича», Красноярск, e-mail: kmkbsmp@y-service.ru

По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно 0,7% больных страдают от врачебных вмешательств. Цель исследования – на основании литературных данных проанализировать структуру врачебных ошибок, а также выявить наиболее частые причины их возникновения. Статья посвящена проблеме врачебных ошибок, допускаемых врачами как в постановке диагноза, так и в процессе лечения. Врачебным ошибкам противостоит клинический опыт врача, который формируется в течение многих лет по не изученным до настоящего времени законам. Наличие врачебных ошибок как феномена само по себе абсурдно, так как противоречит главному правилу всех медицинских работников – «не навреди». На фоне старения населения и хронизации многих заболеваний пациенты, страдающие только одним из заболеваний, встречаются все реже. Личность врача в лечебном процессе трудно переоценить. Слабость синтетического мышления является одной из причин полипрагматии и преимущественно симптоматического лечения. Неуверенность приводит к отсутствию динамичности в понимании болезненного процесса, что в свою очередь приводит к длительному неэффективному лечению. Огорчает слабое понимание некоторыми врачами важности комплексного подхода в лечении пациента. Порой врачи лечат только лишь заболевание, забывая, что перед ними живой человек. Авторы подробно анализируют причины возникновения врачебных ошибок и дают рекомендации, как можно уменьшить их количество. Практика показывает, что полностью избежать врачебных ошибок невозможно, но можно научиться сводить к минимуму их число и последствия.

**Ключевые слова:** врачебные ошибки, причины врачебных ошибок, неправильный диагноз, полипрагматия, медицина, диагностика

**MEDICAL ERRORS END THEIR CAUSES****<sup>1</sup>Tomnyuk N.D., <sup>2</sup>Munin A.M., <sup>2</sup>Bryukhanov N.E., <sup>2</sup>Gaponenko V.O., <sup>1</sup>Danilina E.P.**

<sup>1</sup>Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voyno-Yasenetskiy of the Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnoyarsk, e-mail: rector@krasgmu.ru;

<sup>2</sup>Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Hospital of Emergency Medical Care named after N.S. Karpovich, Krasnoyarsk, e-mail: kmkbsmp@y-service.ru

According to the World Health Organization, 0.7% of patients suffer from medical interventions annually. Purpose of the study: on the basis of literature data to analyze the structure of medical errors, as well as to identify the most common causes of their occurrence. The article is devoted to the problem of medical errors made by doctors, both in the diagnosis and in the process of treatment. Medical errors are opposed by the clinical experience of a doctor, which has been formed over many years according to laws that have not yet been studied. The presence of medical errors, as a phenomenon, is absurd in itself, because contradicts the main rule of all medical workers – “do no harm”. Against the background of the aging of the population and the chronization of many diseases, a patient suffering from only one of the diseases is less and less common. It is difficult to overestimate the physician's personality in the treatment process. The weakness of synthetic thinking is one of the causes of polypharmacy and predominantly symptomatic treatment. Uncertainty leads to a lack of dynamism in understanding the painful process, which in turn leads to long-term ineffective treatment. The poor knowledge of some doctors of an integrated approach to treating a patient is upsetting. Sometimes doctors treat only a disease, forgetting that they are a living person. The authors analyze in detail the causes of medical errors and give recommendations on how to reduce their number. Practice shows that it is impossible to completely avoid medical errors, but you can learn to minimize their number and consequences.

**Keywords:** medical errors, cause of medical errors, wrong diagnosis, polypharmacy, medicine, diagnosis

Врачебные ошибки и непрофессионализм медработников приводят к более чем 70 тыс. случаев осложнений каждый год, а случаи смерти бывают даже при использовании простых лекарств и медоборудования, начиная от неосторожного использования каталок и заканчивая ошибками во время операций [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно 0,7% больных страдают от врачебного вмеша-

тельства. Также нельзя оставить без внимания тот факт, что на каждую отрасль медицины есть свой процент медицинских ошибок. Лидером в данном рейтинге являются хирургические вмешательства – 25% [2]. В России статистика по данному вопросу не ведется. Это связано с тем, что в законодательстве нашей страны нет понятия «врачебная ошибка». Проблема весьма актуальна в современном мире, поскольку затрагивает не только

сферу здравоохранения, но и правовой аспект как пациента, так и врача. Данное явление встречается повсеместно [3].

На основании литературных данных проанализировать структуру врачебных ошибок, а также выявить наиболее частые причины их возникновения.

#### **Материалы и методы исследования**

Проведен поиск в базах данных Pubmed, Web of Science, Scopus, eLibrary и академии Google, используя следующие ключевые слова: врачебные ошибки, причины врачебных ошибок, неправильный диагноз, полипрагмазия, медицина, диагностика. Исключены статьи с дублирующей информацией. Всего найдено 63 статьи, из них релевантных – 32 статьи.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Как показывает практика, полностью избежать врачебных ошибок нельзя, но можно научиться сводить к минимуму их число и последствия [2]. Неизбежность врачебных ошибок определяется спецификой клинического мышления, заключающегося в отсутствии в нем однозначных решений, вследствие чего клинический диагноз может содержать определенную долю гипотезы [1, 2]. Многие авторы считают, что термин «врачебная ошибка» следует заменить на «невиновная ошибка». Однако с юридической точки зрения данные понятия не являются синонимами [4]. Наличие врачебных ошибок как феномена само по себе абсурдно, так как противоречит главному правилу всех медицинских работников – «не навреди» [5].

Врачебным ошибкам противостоит клинический опыт врача. Он формируется, к сожалению, только в течение многих лет по не изученным до настоящего времени законам [6, 7]. Клиническая медицина характеризуется недоразвитостью, которую можно объяснить недостаточным вниманием клиницистов и системы обучения врачебной профессии к теории диагностики. Знание патологии и владение теорией диагноза могут восполнить недостатки клинического опыта врача, предостеречь пациентов от многих ошибок [3]. Важно, что все люди разные, и конкретные клинические случаи должны рассматриваться с учетом основных клинических рекомендаций, а также дополнительных приказов по маршрутизации [7].

Чаще все же говорят об ошибках диагностики. К примеру, распознавание опухоли желудка или инфаркта миокарда достаточно определено, и это, в меньшей степени, относится к дефектам хирургического

лечения, которые выявить относительно проще [8, 9]. С ошибками в лечении все гораздо сложнее. Исключая грубые дефекты, взгляды на лечение той или иной болезни у представителей различных школ отличаются. Это касается отношения к всевозможным методам, тактикам, рекомендациям применения или неприменения различных лекарств, диет, физиотерапии и т.д. [10]. Одни и те же болезни по-разному лечатся в разных странах и даже в разных клиниках одного и того же региона [11, 12]. Тем не менее заключение об ошибочном лечении возможно на основе обширных в стране установок. Любопытные данные обнаруживаются при анализе приема больных в поликлиниках [13]. Выявлены ошибки в диагностике и лечении у каждого третьего-пятого пациентов в разных группах болезней [14]. В стационарах, по тем же данным, эти ошибки обнаруживаются не реже, но они несколько иного характера. Так, в поликлиниках не всегда мотивированно заменяют один медикамент другим, а в стационарах наблюдается другая картина: назначенное лекарство могут давать со дня поступления и до самой выписки, хотя необходимости в этом и нет [15].

Возникает вопрос: каковы же причины ошибок? Ответить на прямой вопрос довольно сложно. Здесь уместно вспомнить, что включает в себя весь лечебный процесс. Условно можно выделить четыре главных направления: диагностика основного заболевания, недооценка хронических сопутствующих заболеваний и осложнений, отсутствие преемственности в лечении больного и ошибки в самом лечении [16–18].

Таким образом, ошибка диагностики – это неспособность к концептуальному мышлению в распознавании конкретного заболевания, которая оборачивается хаотичным лечением. По существу, к этой группе можно отнести недооценку сопутствующих заболеваний и осложнений [19]. На фоне старения населения и хронизации многих заболеваний пациенты, страдающие только одним из заболеваний, встречаются все реже [20]. На сегодняшний день множественность болезней присуща не только больным пожилого и старческого возраста, но и многим молодым [21]. К сожалению, современная система подготовки врачей мало учитывает это обстоятельство, отсюда и нередкие случаи лечения, например, без учета уровня артериального давления, состояния печени, наличия сахарного диабета, состояния других органов и систем [22].

Недостаточная преемственность, как причина дефектов в лечении, отмечается в дублирующих системах территориальной

и ведомственной медицины, но особенно между врачами разных специальностей [4]. При этом необходимо иметь в виду не только прямую, но и обратную связь. Например, много споров возникает в лечении язвенной болезни между хирургами и терапевтами: хирурги выступают за активные действия, а терапевты являются сторонниками выжидательной тактики. В результате резко увеличилось количество пациентов с перфорациями и кровотечением как осложнениями хронических язв [5]. Относится это и к преемственности лечения в поликлиниках после выписки больного из стационара [23]. Всем хорошо известен афоризм: кто хорошо диагностирует, тот хорошо лечит. Безусловно, правильно установленный диагноз – предпосылка «адекватного» лечения. Но и при распознанной болезни возможно её неправильное лечение.

Собственно, ошибки в лечении, как вообще врачебные ошибки, могут иметь в своей основе объективные и субъективные причины [7, 24]. Однако грань между ними относительна и не всегда отчетлива. К объективным факторам можно отнести отсутствие необходимых медикаментов, хотя и в этом случае могут оказываться субъективные обстоятельства.

Если при неправильной диагностике большой процент ошибок вызывается субъективными причинами, то при ошибочном лечении их удельный вес – подавляющий [24]. Обычно при этом всё сводят к врачебному незнанию, забывая о таких факторах, как особенности личности и мышления врача.

Исходная врачебная специальность во все времена несет в себе философскую нагрузку. Врач в определенной и достаточно большой мере является философом, так как в повседневной диагностической практике ему приходится решать вопросы, требующие владения аналитическим, пространственным и концептуальным мышлением [19, 22]. Поставив больному диагноз, врач лечит его и наблюдает за ним. Он всегда учитывает широкий круг неожиданностей, и это необходимо для защиты от врачебных ошибок.

Философский аспект в работе врача обнаруживается в следующих положениях: знании свойств, характерных для всех без исключения симптомов, синдромов и диагнозов; знании, что в медицине нет абсолютно специфических симптомов и синдромов, а диагноз в определенной степени является гипотезой [25]. Врач систематически занимается проверкой диагностических гипотез, выстраивает план дифференциального диагноза, размышляет далеко

за пределами частной формы патологии, используя важнейшие законы логики, философии, общей патологии и в достаточной мере владеет ими в процессе размышления над клинической картиной [18]. Таким образом, данные факторы определяют содержательность творческой личности и творческого характера труда врача-клинициста. Это дает основание гордиться своей профессией, носящей на себе особую печать благородства. Именно этим, несмотря на трудности и ошибки, медицина привлекает молодых людей, наполненных жизненной силой служения людям и, конечно же, ожиданием достойной оценки обществом своего труда [26].

Корни незнания прежде всего в том, что высшая школа не учит будущих врачей систематически учиться. Усовершенствование — это прежде всего самоусовершенствование. Молодой специалист переоценивает только что полученные знания, врач со стажем – свой опыт. И тот и другой забывают, что информация имеет неодолимую «привычку» устаревать [16].

Личность врача в лечебном процессе трудно переоценить. Слабость синтетического мышления является одной из причин полипрагмазии и преимущественно симптоматического лечения [27]. Неуверенность приводит к отсутствию динамичности в понимании болезненного процесса, что в свою очередь приводит к длительному неэффективному лечению. Между тем, помимо знания и понимания всего комплекса взаимоотношений, необходимо уметь подстраиваться под психологическое состояние пациента, учитывать разные аспекты его состояния здоровья, возраста, пола и т.д. К слову сказать, именно это, по высказыванию С.Н. Боткина, занимает важное место в системе подготовки врача [28].

Огорчает слабое понимание некоторыми врачами (особенно узких специальностей) важности комплексного подхода в лечении пациента. Порой врачи лечат только заболевание, забывая, что перед ними живой человек. Именно комплексный подход к здоровью пациента поможет избежать такого распространенного явления, как полипрагмазия [29]. Тенденция такова, что большинство врачей упускают из вида диетотерапию, реабилитацию, физическую активность человека, хотя все эти направления терапии являются важным составляющим общего здоровья населения. Диету обычно упрощают, сводя все, независимо от болезни, к запрету острых, жареных и жирных блюд, в итоге – не есть ничего вкусного. То же самое можно отметить и в применении физиотерапии. Она чаще

применяется при болезнях опорно-двигательного аппарата и крайне редко в кардиологии, гастроэнтерологии, пульмонологии. Забывают терапевты и хирурги о лечебной физкультуре, санаторно-курортном лечении, как профилактике многих заболеваний, а ведь именно грамотный подход к профилактике позволяет избежать хронизации процесса, что, в свою очередь, также является пусть не халатным обращением, но совершенно точно упущением со стороны медицинских работников.

На сегодня нужно отметить, что имеется много ошибок в фармакотерапии. Никак не прививается разумное начало: где можно лечить без лекарств, лучше их не использовать [30]. Особенно распространена полипрагмазия, увеличение частоты функциональных расстройств нервной системы. Больные обращаются к нескольким врачам, получая от них различные рекомендации.

Неудовлетворительно знают терапевты, хирурги и другие специалисты диапазоны дозировки лекарств, их совместимость, побочные эффекты, противопоказания, особенности применения у людей пожилого возраста, беременных и детей [27]. Не случайно в наше время заговорили о все более опасной терапии. Хотелось бы еще отметить несомненные успехи анестезиологии и реаниматологии, которые порождают у отдельных врачей, чаще хирургов, эйфорическую веру в действенность оперативного вмешательства как такового, без учета фона, на котором оно проводится. К сожалению, даже при отсутствии срочности приглашают консультанта только после проведенной операции, когда наступают осложнения. Умирает такой больной не от операции, которая технически проведена безупречно, а от болезни внутренних органов, состоянию которых не придали должного значения.

Нельзя не затронуть тот момент, когда лечение задерживается по вине других специалистов и вмешиваться приходится уже по жизненным показаниям [23]. Нет надобности доказывать, что прогноз при этом ухудшается или оказывается неблагоприятным.

### Заключение

Как же уменьшить число ошибок при лечении? Прежде всего, этой проблеме нужно уделить больше внимания при повышении квалификации врачей. В медицине, как вообще в жизни, негативные примеры педагогически более конструктивны, чем позитивные. Как отметил А.Ф. Билибин, хороший врач отличается от плохого тем, что первый знает, как не надо лечить.

Таким образом, при обсуждении общих принципов лечения и допускаемых при этом ошибок следует учитывать влияние специализации, стремление к усовершенствованию, что должно помочь врачу и начинающему, и опытному противостоять врачебным ошибкам, а также уменьшить негативное влияние неизбежных врачебных ошибок на здоровье пациентов.

### Список литературы

1. Дац А.В., Горбачёва С.М., Дац Л.С., Прокопчук С.В. Структура врачебных ошибок и выживаемость пациентов в отделениях интенсивной терапии // Вестник анестезиологии и реаниматологии. 2015. Т. 12. № 4. С. 44–49.
2. Савошкова Е.В. Дефекты оказания медицинской помощи: правовые последствия профессиональной некомпетентности // Российский журнал правовых исследований. 2018. Т. 12. № 4. С. 64–69.
3. Морозова А.М. Врачебная ошибка в хирургической практике // Современный ученый. 2018. Т. 12. № 5. С. 308–314.
4. Махамбетчин М.М. О врачебных ошибках // Здоровье Российской Федерации. 2018. № 62. С. 323–329.
5. Султангалиева Д.А. Современные критерии ограничения компетенций пациента: категории и группы с позиции биоэтики // Международный журнал экспериментального образования. 2017. № 4. С. 184–185.
6. Лесниченко А.М. Врачебная ошибка // Вопрос науки и образования. 2018. Т. 12. № 9. С. 66–78.
7. Strepetova V.D., Ten A.R. Medical errors. Colloquium-journal. 2019. Vol. 12. No. 6. P. 68–70.
8. Засыпкина Е.В. К вопросу о врачебных ошибках: методология и критерии определения // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 12. № 6. С. 243–247.
9. Paul Greve. Medical malpractice claim trends in 2017. Healthtrek. 2017. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.wtco.com/en-US/insights/2017/06/insights-healthtrek-medical-malpractice-claimtrends-in-2017> (дата обращения: 14.01.2022).
10. Доскин В.А., Деринова Е.А., Картоева Р.А., Соколова М.С. Врачебные ошибки и конфликтные ситуации в клинической практике // Клиническая медицина. 2014. Т. 12. № 4. С. 57–63.
11. Jiaquan Xu, Sherry L. Murphy, Kenneth D. Kochanek. Deaths: final data for 2013. National Vital Statistics Reports. 2016. V. 64(2). P. 1–119.
12. Чурляева И.В. О криминализации врачебной ошибки в уголовном законодательстве Российской Федерации // Юристъ – Правоведь. 2018. № 4. С. 147–151.
13. Топчиев П.М., Хитров Д.И. Сущность и проблема решения врачебной ошибки // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. № 5. С. 835.
14. Батюкова В.Е. Об ответственности врачей за допущенные ошибки // Государственная служба и кадры. 2019. Т. 12. № 1. С. 108–110.
15. Варданян Г.Д., Аветисян Г.А., Джаноян Г.Дж. Врачебные ошибки: современное состояние проблемы // Медицинская наука Армении. 2019. Т. 59. № 4. С. 105–120.
16. Ерошина Т.А., Столяров Э.В. Проблема врачебной ошибки в свете учения о познании И. Канта // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2015. № 2. URL: [http://humjournal.rzgm.ru/upload-files/01\\_Eroshina\\_Stolyarov\\_2015\\_02.pdf](http://humjournal.rzgm.ru/upload-files/01_Eroshina_Stolyarov_2015_02.pdf) (дата обращения: 14.01.2021).
17. Махамбетчин М.М. Врачебная ошибка и наказание несовместимы // Клиническая медицина. 2015. № 5. С. 72–76.
18. Ялалетдинова И.Р. Врачебная ошибка // Аллея науки. 2017. № 16. С. 686–689.

19. Дыбец А.А. Ответственность за врачебную ошибку // Наука через призму времени. 2017. № 8. С. 65–70.
20. Смирнов А.В. Врачебные ошибки в социальном и этическом измерении // Научно-медицинский вестник центрального Черноземья. 2015. № 60. С. 64–69.
21. Колоколов Г.Р. Врачебная ошибка и ее место в структуре неблагоприятных последствий лечения (ятрогенный) // Вопрос современной юриспруденции. 2015. № 45–46. С. 74–78.
22. Кулькина И.В. Вопросы ответственности за врачебную ошибку // Сборник трудов конференции. 2015. С. 80–84.
23. Кирова Т.А. К вопросу об эффективности исполнения наказания в виде лишения права заниматься медицинской деятельностью // Медицинское право: теория и практика. 2015. № 1. С. 238–243.
24. Кунц Е.В. Проблемы отграничения преступного деяния врача и врачебной ошибки // Сборник трудов конференции. 2017. С. 92–95.
25. Савошкова Е.В. Причинение вреда жизни или здоровью пациента в порядке «врачебной ошибки» – понятие и классификация // Успехи современной науки и образования. 2016. № 12. С. 14–19.
26. Шмаров Л.А. Логический анализ понятия «медицинская ошибка» // Судебно-медицинская экспертиза. 2018. № 61. С. 61–63.
27. Нагорная И.И. Неосторожность медицинского работника при причинении вреда здоровью или смерти пациенту // Российский юридический журнал. 2017. № 4. С. 81–90.
28. Ерохина А.В., Доника А.Д. Современный контент автономии и ответственности в клинической медицине // Международный журнал экспериментального образования. 2017. № 14. С. 53–54.
29. Айвазян Ш.Г., Доника А.Д., Элланский Ю.Г. Общая врачебная практика как предмет исследования социологии медицины М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2017. 116 с.
30. Асаев И.В. Врачебная ошибка в современной медицинской практике // Сборник трудов конференции. 2019. С. 334–338.