

Методология понятия и определения врачебной ошибки

Д. В. Садчиков¹, Н. А. Клоктунова¹, О. В. Касимов², Е. Е. Зеулина¹, Д. Д. Садчиков¹

¹ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов

²НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Саратов II ОАО «РЖД», г. Саратов

Methodology of concept and definition of medical error

D. V. Sadchikov, N. A. Kloktunova, O. V. Kasimov, E. E. Zeulina, D. D. Sadchikov

Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Railway Clinical Hospital; Saratov, Russia

Резюме

Проблема врачебной ошибки многогранна и нуждается в анализе не только клинических наблюдений, но и в соответствующих методологических положениях ее вычленения. Определения врачебной ошибки в настоящее время имеют ряд конструктивных противоречий, которые целесообразно рассмотреть с позиции взаимодействия в триумвирате «врач — больной — правоведа». Законы диалектики указывают на причинность развития любой проблемы, что продуктивнее рассматривать не только с позиции двузначной формальной логики, но и в формате множественной логики.

Ключевые слова: методология, множественная логика, понятие, определение, врачебная ошибка.

Summary

The problem of medical error is multi-faceted, and besides an analysis of clinical cases it also requires proper methodological prerequisites to identify it. Existing definitions of medical error have several constructive contradictions, which should be examined from a viewpoint of interaction within «physician — patient — lawyer» triangle. Laws of dialectics point out the causality in development of any problem, and it is productive to overview it not only from a perspective of binary formal logic, but also in a format of multiple logic.

Key words: methodology, multiple logic, concept, definition, medical error.

За последние десять лет значительно увеличилось число претензий и судебных исков о компенсации вреда жизни и здоровью граждан [1, 25]. Число умерших и пострадавших больных за год колеблется от 40 до 98 тысяч только по причине неправомерной дозировки лекарственных препаратов [2, 4, 7, 8].

По данным Следственного комитета Российской Федерации (СК РФ), за 2015 год от врачебной ошибки и неоказания качественной медицинской помощи пострадали 712 больных, включая 317 детей, а в 2016 году число пострадавших достигло уже 2500 человек, что было связано с врачебной халатностью [3, 9, 14]. В 2017 году число обращений в СК РФ увеличилось до 6050, а количество судебных дел — до 1791; 175 из них уже направлены в суды разных инстанций [6, 7, 10, 16, 20, 21].

Очевидное возрастание социально-правовой значимости врачебной ошибки в лечебно-профилактическом учреждении обязывает врачей и правоведов обратить внимание на отсутствие обоснованных понятия и определения врачебной ошибки. Именно эти два термина для интерпретации в первую очередь требуют научного подхода, при применении которого станет возможным устранение накопившихся формально логических, правовых и врачебных неточностей [4, 12, 15, 17, 24, 25, 28, 32].

Понятия и определения часто носят традиционный-описательный характер без учета правового и морально-этического развития современного общества, однако без этого затруднительно составить статистическую картину правовой и профессиональной оценки врачебной деятельности. Общепризнано, что понятие

и определение, являясь формой научного мышления, отражают связь явлений реального мира и не могут существовать раздельно. Кроме того, следует учитывать мнение большинства лингвистов, выраженное в толковых словарях русского языка, где указано, что термин «понятие» отражает логически оформленную мысль, идею, а определение раскрывает и устанавливает конкретные и отличительные признаки данного понятия [11, 19]. Последнее должно сопровождаться определением, в первом отражаются общие признаки явления, процесса, в которых перцепция поступает в организм через органы чувств и формирует образное представление о явлении или процессе. Определение дополняет конкретными, специфическими признаками, которые взаимодействуют и подтверждают понятие. Понятие и определение по выдержанным правилам облегчают коммуникацию и взаимодействие в профессиональной среде, что, в свою очередь, повышает качество преподавания и врачевания (рис. 1).

При этом открытый характер функциональной системы «больной — врач — правоведа» подтверждается результатом причинно-следственного взаимодействия, где системообразующим фактором является качество лечения [23].

Сложность описанных процессов должна анализироваться с позиции не только двузначной логики [18], но и с позиции функционального системного анализа [5, 13, 22, 31], признаками которого являются:

- соблюдение методологии создания понятия, определения, классификации, терминов как начальной основы для научно-исследовательского мышления, причем

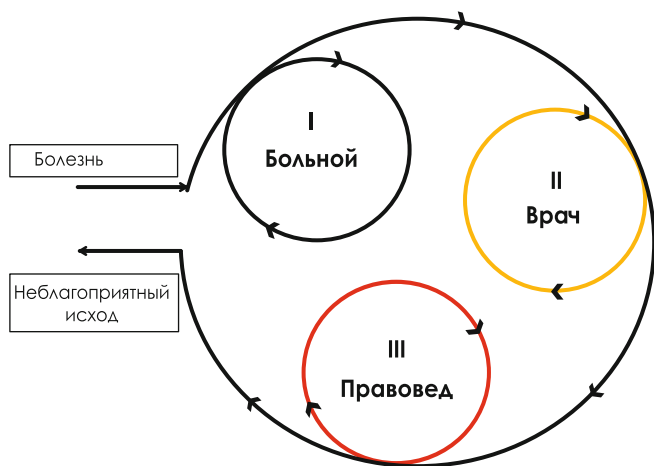


Рисунок 1. Схема функциональной системы во врачебной ошибке. Черный цвет в психологии принято считать негативом, символом траура, безнадежности, смерти, неудач и горя. Красный цвет — самый сильный цвет, отражает активную жизненную позицию. Желтый цвет рождает мысли: «Что-то новенькое!» и сигнализирует о чем-то.

Видовое понятие $\neq$ **Родовое понятие + видовой признак**
(определяемое понятие) (определяющие понятие)

Рисунок 2. Алгоритм создания понятия.

необходимо ограничить индивидуальное аффективное врачебное и экспертное влияние на формально-логические и функционально-системные операции, в которых рождаются понятие и определение;

- необходимый этап — проверка достоверности ощущений и перцепций в процессе первичного осмотра больного, особенно при нарушенном сознании;
- исключение ошибки первоначального осмотра больного возможно при моделировании явления или процесса в экспериментальных или компьютерно-математических моделях, при этом исследователь должен сохранить согласованность экспериментально полученных данных с реально действительным явлением или процессом, в первую очередь с полезным системным результатом;
- стремление к максимальной согласованности полученных фактов с действительностью и реальностью судебно-медицинской практики;
- сохранение методологии функционального системного подхода на протяжении всего периода поиска причинно-следственных отношений.

Большинство авторов [7, 16, 17, 18, 23, 26, 27, 33] придерживаются следующих основных правил создания определения:

- определение должно быть соразмерным — ни узким, ни широким (ни чрезмерно абстрактным, ни чрезмерно конкретным);
- определение не должно содержать порочного круга (тавтологии);
- определение должно содержать указание на отличие от родового понятия «признаки вида»;
- определение не должно быть отрицательным.

Следует отличать указанные правила определения от признаков понятия:

- понятие — категория научного мышления, порождение разума, определение результата реального познания и является в большей части порождением разума путем суждений и умозаключений [11, 19]); рассудок не создает нового знания, а только систематизирует информацию, используя существующие индивидуальные эмоции и архипамять;
- понятие не сковано внешними условиями и ментальными границами индивидуума, понятие ближе, чем определение, находится к истине;
- понятие неизбежно содержит элемент истины, а определение указывает движение к истине, только уточняя и конкретизируя ее суть;
- понятие отражает всеобщие единство и целостность в свойствах и явлениях, выражает и обобщает признаки целого;
- понятие противостоит восприятию конкретности явлений через чувственные ощущения, перцепции, что нехарактерно для доминирования конкретности в определении.

На рис. 2 показана последовательность создания понятия, где знак неравенства указывает на нелинейность данного алгоритма.

Свойствами определения выступают следующие:

- выдерживание соразмерности, не должно быть чрезмерно широким и чрезмерно узким;
- не должно быть отрицательным;
- необходимо соблюдение ясности, лаконичности, очевидности и понятности;
- не быть двусмысленным и иметь достаточное основание;
- определение в медико-биологических системах должно придерживаться многокритериальности и необходимости применения множественной логики;
- определение должно избежать тавтологии, доказательства через самого себя.

Понятие обозначает общие свойства предмета, процесса, тогда как определение — это формально-логическая операция, которая раскрывает его содержание. И первое, и второе должно быть согласовано в функциональном системном подходе и анализе, достижение которых становится началом научной и врачебной деятельности, в котором можно выделить следующие этапы: нативную перцепцию (1-й этап); восприятие (2-й этап); образное представление (3-й этап); суждение (4-й этап); умозаключение (5-й этап); выработку понятия (6-й этап); классификацию процесса (7-й этап); формулировку термина (8-й этап).

В мышлении можно выделить вышеописанное антеградно. Вместе с тем в преподавании необходимо ретроградное рассмотрение этапов мышления, начиная с термина.

Определение указывает на отличительные свойства понятия или термина. Понятия могут быть явными и неявными, словесными (речевыми, описательными)

и несловесными; однозначными и многозначными, а также в форме аксиом, постулатов, т.е. понятий или утверждений без доказательств. Определяемые понятия могут быть созданы логически через взаимодействие родового признака и видовых отличий (определяющие понятия). Определяемое не доказывает и не утверждает знание, а дает только возможность более конкретного и точного знания при изложении материала на лекции, семинаре и практическом занятии.

Использование данного алгоритма, опыта клинической работы, а также соблюдение формально-логических правил позволяют сформулировать понятие «врачебная ошибка» как факт отрицательного результата врачевания при невыполнении клинических протоколов, рекомендаций в условиях халатности, небрежности и неисполнения должностных инструкций, проявляющийся системой множественной острой дисфункции с опасными и тяжелыми последствиями для здоровья пациента.

Предлагаемое понятие врачебной ошибки не имеет принципиальных противоречий и нарушений правил формулировки, что позволяет стать основанием для согласованной позиции между больным, врачом и правоведом.

В клинических рекомендациях, протоколах и должностных инструкциях невозможно установить преступный умысел в действиях врача по определению врачевания. Однако нарушения условий их реализации (халатность, небрежность, невыполнение должностных инструкций) подпадают под гражданско-административную ответственность, а в ряде случаев признаются как нарушение уголовного права. В случае установления причинно-следственной связи причинения тяжкого вреда здоровью с вышеперечисленными условиями в Уголовном кодексе Российской Федерации (УК РФ) [29] толкуется как преступление.

Понятие врачебной ошибки в процессе интенсивной терапии и реанимации отталкивается от понятия «здоровье человека», неопределенность которого затрудняет определение вреда здоровью человека и определение качества оказания медицинской помощи, что осложняет решение проблемы врачебной ошибки [9, 23].

В процессе развития понятий «здоровье» и «болезнь человека» произошло изменение соотношения социального, биологического и морально-этического компонентов. Необходимо отметить доминирование социальной составляющей, которая в настоящее время приобретает глобальный характер, что нашло отражение в согласованных международных определениях здоровья и болезни человека. Всемирная организация здравоохранения считает, что болезнь человека — это нарушенная жизнедеятельность под влиянием внутренних и внешних причин при ограничении свободы жизнедеятельности [30].

Не могут оставаться без внимания нанесенный вред здоровью от врачебной ошибки, а также качество оказания медицинской помощи с определенными отрицательными последствиями, что замалчивается также в понятии «дефектура» оказания медицинской помощи.

Большинство разноречивых толкований здоровья человека затрагивают прямо или косвенно гармонию трех составляющих частей целого организма — духа, души

и тела. Всемирная организация здравоохранения, стремясь к компромиссу между указанными определениями, подчеркивает, что здоровье — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (Устав ВОЗ, 1946 год) [30]. Развивая три основные составляющие в определении здоровья человека и соблюдая формально-логические правила формулировки понятий и определений, можно считать, что здоровье человека — это форма жизни, в которой наблюдается гармоничное взаимодействие физической, психической и поведенческой деятельности, направленное на здоровое долголетие и воспроизведение себе подобных не только в физическом, но и душевно-духовном отношении.

Аналогичные позиции высказываются экспертами ВОЗ [30], указывающими на три социально-экономические составляющие здоровья человека:

- первая указывает на процент расхода от внутреннего валового продукта, который в ряде стран Европы приближается к 10;
- вторая — на доступность первичной медико-санитарной помощи;
- третья — на уровень качества медицинской помощи по детской смертности и средней продолжительности жизни.

В описанных положениях в полной мере отражаются не только дух, душа и тело человека, но и их гармония. В последних критериях, определяющих здоровье человека, отражается функциональный системный подход с системообразующим фактором в форме условий для здоровья человека [22, 23].

Противоречивые понятия и определения здоровья человека ведут к затруднению осмысления понятия и определения врачебной ошибки и других форм неблагоприятных исходов, в которых содержится оценка вреда здоровью, вплоть до летального. Кроме того, часто фигурирует понятие «дефектура медицинской помощи», которая правомочно применяется в фармации и чрезмерно расширяется и экстраполируется на медицинскую деятельность в целом, что создает дополнительное разночтение и еще раз подчеркивает важность понятия и определения врачебной ошибки.

В УК РФ [29] в определении врачебной ошибки нет состава преступления, но есть нарушение условий врачевания, за которые надлежит уголовная ответственность: «...причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей...» (ч. 2 ст. 109 УК РФ). Уголовному наказанию подлежат опасные последствия для здоровья: «...причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности...» (ч. 1 ст. 118 УК РФ), «...то же деяние, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей...» (ч. 2 ст. 118 УК РФ). Первое наказывается либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо арестом на срок до шести месяцев, второе — ограничением свободы на срок до четырех лет. Доказанная

причинно-следственная связь между нарушенными должностными инструкциями, рекомендациями несет следующие виды ответственности.

1. Гражданско-правовая:

- дисциплинарная (замечание, выговор);
- административная (штраф, налагаемый органами надзора);
- материальная (лишение части заработка, если лечебно-профилактическое учреждение бюджетное, то выплачивает юридическое лицо, т.е. учреждение, если частное, — то физическое лицо (врач) с формулировкой «невыполнение трудового договора»).

2. Уголовная ответственность возникает (наступает) при доказанной вине врача в нанесении вреда здоровью больного разной степени вплоть до смерти по неосторожности, легкомысленном и халатном исполнении своих должностных обязанностей.

Таким образом, врачебная ошибка — обратная сторона проблемы качества врачевания и безопасности больного в операционной и отделений анестезиологии и реанимации, где очевидны многокритериальность и неизмеряемость врачебной ошибки, что определяет необходимость функционального системного подхода в анализе последней. Системообразующий фактор должен стать критерием качества врачевания и восстановления здоровья. При этом известно и разделяемо большинством врачей выражение: «...врачом является не тот, кто знает и умеет исполнять врачебные познавательные и мануальные навыки, а тот, кто знает и умеет предвидеть и обходить потенциальные риски заявленных и исполняемых манипуляций и познаний...». Именно поэтому знание методологических и правовых принципов при решении проблемы врачебной ошибки часто становится все более привлекательной темой для организаторов здравоохранения, правоохранительных органов и средств массовой информации, а медицинские технологии и юридические вопросы должны занять достойное место в программах подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования.

Список литературы

1. Анестезиология. Как избежать ошибок / под. ред. К. Маркучи, Н. А. Козна, Д. Г. Метро и др.; перевод с англ. под ред. В. М. Мизикова. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2011. — 1072 с.
2. Арбузников А. А. Обнародование врачебной ошибки как один из механизмов защиты прав граждан // Приоритетные научные направления: от теории к практике. — 2013. — № 5. — С. 129–137.
3. Багмет А. М., Петрова Т. Н. О необходимости включения в Уголовный кодекс Российской Федерации ятрогенных преступлений // Российский следователь. — 2016. — № 7. — С. 27–32.
4. Бастрыкин А. И. Противодействие преступлениям, совершаемым медицинскими работниками: проблемы и пути их решения // Вестник Московской академии Следственного комитета Российской Федерации. — 2017. — № 1. — С. 11–14.
5. Блауберг И. В. Проблема целостности и системный подход. — М.: «Эдиториал УРСС». — 1997. — 448 с.
6. Божечко А. П. О возможном консенсусе в вопросе соотношения понятий «врачебная ошибка», «дефект медицинской помощи» и «ятрогенная» // Медицинское право. — 2018. — № 3. — С. 7–12.
7. Быковская Т. Ю., Мартиросов В. Ю., Шишов М. А. О понятийном аппарате внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности // Медицинское право. — 2017. — № 1. — С. 10–15.
8. Григорович И. Н. Врачебные ошибки неизбежны? // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. — 2013. — Т. 3. — С. 6–11.
9. Дац А. В., Горбачева С. М., Дац Л. С. и др. Структура врачебных ошибок и выживаемость пациентов в отделениях интенсивной терапии // Вестник анестезиологии и реаниматологии. — 2015. — № 4. — С. 44–49.
10. Дыбец А. А. Ответственность за врачебную ошибку. // Наука через призму времени. — 2017. — № 8. — С. 65–70.
11. Ефремова Т. Ф. Новый словарь русского языка. Толково-словообразовательный. М.: Русский язык. — 2000. В 2 т. — 1209 с.
12. Догель Е. В. Медицинская ошибка в гражданском праве Российской Федерации // Юридические науки: проблемы и перспективы: материалы IV Междунар. науч. конф. (г. Казань, май 2016 г.). — Казань: Бук, 2016. — С. 162–164.
13. Зиновьев А. А. Комплексная логика. — 3-е изд. — М.: Ленанд. — 2014. — 202 с.
14. Информационное письмо Генеральной прокуратуры Российской Федерации № 36–11–2016 от 16 июня 2016 года «Об организации надзора за расследованием фактов ненадлежащего исполнения врачами обязанностей, повлекших смерть пациентов либо причинение вреда их здоровью». — М. — 2016. — 5 с.
15. Кузнецов С. В. Методика производства судебно-медицинских экспертных исследований по «врачебным» преступлениям с материальным составом // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. — 2018. — № 1 (13). — С. 81–83.
16. Лесниченко А. М. Врачебная ошибка. // Вопросы науки и образования. — 2018. — № 13(25). — С. 66–78.
17. Марков А. А., Джумаляков П. Г., Колкутин В. В. О современной судебно-медицинской терминологии при исследовании ситуаций, связанных с «врачебными ошибками» // Астраханский медицинский журнал. — 2017. — № 1. — С. 112–119.
18. Новиков А. М., Новиков Д. А. Методология. — М.: СИН-ТЕГ. — 2007. — 668 с.
19. Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка. 24-е издание. М.: Азбуковник. — 2003. — 940 с.
20. Опрос Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), [Электронный ресурс] // URL: wciom.ru/archiv/tematicheskii-arhiv/item/single/3350.html.
21. Петрова Т. Н. Особенности привлечения к уголовной ответственности за оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности // Социально-экономические исследования, гуманитарные науки и юриспруденция: теория и практика. — 2017. — № 12. — С. 147–153.
22. Садчиков Д. В. Функциональный системный подход в реаниматологии // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2014. — Т. 10, № 3. С. 401–403.
23. Садчиков Д. В., Лушников А. В., Блинов А. Г. и др. Организация анестезиолого-реанимационной службы. Саратов: Издательство Саратовского медицинского университета, 2003. 364 с.
24. Семина Т. В. Анализ судебных исков по «врачебным ошибкам» в современном здравоохранении // Бюллетень НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН сердечно-сосудистые заболевания. — 2016. — Т. 17, № 5 6. С. 258.
25. Тимофеев И. В. Качество медицинской помощи и безопасность пациентов. — СПб.: ДНК. — 2014. — 224 с.
26. Сучкова Т. Е., Сучков А. В. О терминологической неопределенности понятия «врачебная ошибка» // Научно-методический электронный журнал «Концепт». — 2017. — Т. 31. — С. 996–1000.
27. Печерей И. О. Врачебные ошибки. Казнить нельзя помиловать? // Московская медицина. — 2018. — № 2 (24). — С. 18–23.
28. Пиголкин Ю. И., Морозов Ю. Е., Глоба И. В. Компетенции врача и юриста при установлении врачебной ошибки // Актуальные проблемы медицины и биологии. — 2018. — № 2. — С. 58–59.
29. Уголовный кодекс РФ от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации — 17 июня 1996 г. — № 25 — Ст. 2954.
30. Устав Всемирной организации здравоохранения. docs.cntd.ru/document/901977493.
31. Хомяков П. М. Системный анализ. Экспресс-курс лекций. — М.: АКИ. — 2008. — 216 с.
32. Шарабчиев Ю. Т. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи: социально-экономические аспекты и потери общественного здоровья // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье, 2013. — № 6. — С. 14–31.
33. Федосеев Г. Б. Врачебные ошибки: характер, причины, последствия, пути предупреждения // Терапия. — 2018. — № 5. — С. 109–115.

