

# ВЕСТНИК

### ВРАЧЕБНОЙ ПАЛАТЫ

www.cgb39.ru

«От врачей требуют чуда, а если чудо совершится, никто не удивляется». (Мария фон Эбнер-Эшенбах)

# Леонид Рошаль награждён орденом Почётного Легиона

Посол Франции в России господин Жан де Глиниасти вручил знаки Кавалера ордена Почетного Легиона профессору, доктору медицинских наук Леониду Михайловичу Рошалю.

Орден вручается за заслуги лучшим представителям всех сфер деятельности, неповторимым личностям за служение человечеству. Франция наградила Леонида Рошаля за высокие достижения в практической медицине и научной деятельности.

Посол отметил его разносторонние дарования, успехи в научной, общественной деятельности. Франция ценит незаурядные способности, смелость, инициативу ответственность, решительность, несгибаемость доктора ни перед обстоятельствами, ни перед властью, уважает его как человека слова, который делает все для развития прогресса медицины.

Была отмечена роль Рошаля в создании уникальной Международной ассоциации неотложной помощи и медицины катастроф, а также российского профессионального объединения врачей - Национальной медицинской палаты.

Детского хирурга поздравила и присутствовавшая на церемонии министр здравоохранения России Вероника Скворцова. «Леонид Рошаль - это совесть врачей России. Он олицетворяет собой верность профессии, служение своему пути, высокие этические и нравственные ценности, профессионализм. Получение такой награды - это символ объединения наших стран», - заключила министр.

Врачебная палата Калининградской области сердечно поздравляет Леонида Михайловича с этой высокой наградой.

> Совет Врачебной палаты Калининградской области



## Новый ФАП для селян

В Каштановке - одном из наиболее удаленных от районного центра поселке открылся новый фельдшерско-акушерский пункт.



Позитивных событий на селе в настоящее время не так уж и много. К числу таковых можно отнести строительство новых фельдшерско-акушерских пунктов.

Большинство зданий сельских ФАПов построены еще до войны, а, значит, - не соответствовали требованиям, необходимым для организации медицинской помощи, не имели водопровода, канализации, центрального отопления. Даже построенные в послевоенное время медпункты зачастую не соответствовали необходимым нормам.

Отправной точкой для сельской медицины стало принятие губернаторской программы «Развитие сети фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий и офисов врачей общей практики».

Не так давно состоялось открытие построенного в рамках реализации этой программы ФАП в пос. Каштановка Правдинского района.

В открытии модульного ФАПа приняла участие и. о. министра здравоохранения области Вероника Карташова.

Медицинское учреждение будет обслуживать почти 600 человек. Каштановский ФАП, один из самых удаленных от районного центра медицинских учреждений, ранее находился в здании довоенной постройки, требующем капитального ремонта. Более 2 млн рублей были выделены по целевой программе на установку модульного ФАПа, свыше 400 тысяч - направлено на оборудование лечебного учреждения. В благоустроенном здании есть водопровод, канализация, помещение для приема пациентов, прививочный, процедурный, смотровой и педиатрический кабинеты, кладовая. Здесь работает аптечный пункт, так что жителям посёлка уже не надо всякий раз ездить за лекарствами в районный центр. В 2013 году в Правдинском раионе введен в строй также Дальневский ФАП, построенный на средства муници-

Всего же по региональной программе, рассчитанной на 2012-2014 годы, будет построено 33 ФАПа и 9 офисов врачей общей практики. В прошлом 2012 г. было установлено 12 ФАПов. Все прошли лицензирование и уже оказывают медпомощь населению. Такое же количество ФАПов планируется установить в 2013 году. Два офиса врача общей практики для медицины Черняховского района и один для Правдинского будут закуплены в нынешнем году и введены в строй в 2014 году. Кроме того, в 2012 г. для сельских медицинских пунктов было закуплено 15 автомобилей. На 2013 год запланировано приобретение 13 автомобилей, на 2014 - ещё 10.



Статья профессора хирургии Тадеуша Толлочко под рубрикой Felieton miesianca в журнале PULS, VI/2001, str. 16; Warszawa.

(Тадеуш Толлочко – профессор хирургии, был в то время ректором Медицинской Академии в Варшаве; признанный авторитет во врачебной среде. – Прим. переводчика).

В древности Теогнис (VI в. до н.э.) утверждал, что «ошибки неизбежны среди смертных». А сейчас? Считается, что на самом деле ошибки и заблуждения среди смертных возможны, но совершают их исключительно другие.

Я не намерен, однако, играть здесь роль advocatus diaboli, скорее, приму роль advocatus angeli, так как именно эту роль играют в действительности врачи. Врачи, «танцующие с трудностями». Помимо этой роли, служащей обществу, очень часто именно они (врачи) становятся адресатами столь же массированных, сколь и безосновательных обвинений. Отдаю себе отчёт в том, что бывают также и падшие ангелы. Именно этим мы отличаемся от представителей других профессий, которым кажется будто они безупречны и что имеют патент на совершенство, в частности, моральное. Если это не касается их самих.

Врачебное сообщество однозначно осуждает все случаи небрежности и бездеятельности в процессе лечения. Поэтому в этой публикации совсем не буду касаться случаев криминальных, коль скоро они должны, по сути дела, и, несомненно, подвергаться деонтологической и правовой оценке. Такие случаи должны быть оценены и наказываться со всей объективностью, с существенным, однако, предостережением: что погрешности в организации службы охраны здоровья не будут называться и трактоваться как врачебные погрешности, а ошибки в результате недостатка в оснащении не будут оценены как небрежность или бездеятельность. Это очевидная разница, хотя для «непосвящённых», как оказывается, это совершенно непо-

«Посвящённость» основывается на том, что только врачи, сталкивающиеся в своей повседневной работе с деонтологическими дилеммами, связанными с различными дефицитами, очень хорошо знают, где проходит граница между врачебной ошибкой и организационно-финансовыми запустением и небрежностью. Пациент этой границы не видит и не должен видеть, однако, лица, формирующие общественное мнение, пусть и не желают, но обязаны приложить хотя бы минимум усилий, чтобы не путать следствие с причинами. Некоторым журналистам легче и безопаснее представить проблему как моральную провинность врача, чем выявить организационный просчёт и недофинансирование, произошедшие по вине министерских или парламентских вершителей судеб.

Когда-то в одном заботящемся о сво-

ей репутации еженедельнике появилась статья, порочащая врачей. В этом не было бы ничего удивительного, если бы статья была подписана. Однако автор сам отметил, что он «не подписывает статью, так как может заболеть». Рисковать-то не хочется.

Я не удержался и по наивности своей написал в редакцию внятно подписанный ответ. На своё повторное письменное напоминание о принятом решении в отношении моего письма я получил короткое, но содержательное уведомление, что моя реплика не будет опубликована. В этот раз уведомление было автором подписано, но совершенно неразборчиво.

Поразительная вещь, но люди, которые никогда даже санитаром не были в операционной, которые никогда не работали на «скорой помощи» или в приёмном покое, могут чувствовать себя вправе формировать мнение на темы ситуационно обусловливаемой работы врачей и отличать то, что желаемо или ожидаемо от того, что возможно, в то время как моральная и правовая ответственность врача и санитара несравнимы.

С самого начала хотел бы всем заявить и всех уверить, что врачи значительно чаще и значительно строже, чем юристы, сами осуждают свои не всегда оптимальные решения проблем врачебного характера. Именно это собственное несовершенство многократно становится причиной пожизненного морального, психологического и интеллектуального страдания. Сомнения и противоречия, касающиеся правильности принятого врачом решения, сопровождают его порой на протяжении всей его профессиональной деятельности.

### ОЖИДАНИЯ БОЛЬНОГО И ЕГО СЕМЬИ

Последние поколения воспитывались на «чудесах медицины». Неправильная популяризация великих открытий внушила уверенность в том, что жизнь должна быть свободна от боли и от смерти, а если уж эта смерть и должна наступить, то в весьма отдалённое и неопределённое время. И при этом этот надвигающийся критический момент в человеческом сознании по мере течения времени постоянно отодвигается снова в неопределённое будущее. Это проистекает из факта, что люди хотят иметь контроль не только над собственной жизнью, но и над смертью. Применительно к действительности эти ожидания, по меньшей мере, несколько преувеличены.

В ситуации угрозы здоровью и жизни больные и их близкие ожидают от врача совершенства, несмотря на очевидное: врачи, как и все люди, несовершенны. Таким образом, всё, что находится в диапазоне между ожидаемым совершенством и очевидным несовершенством, изначально оценивается как ошибка, небрежность, халатность,

невнимательность. Ежедневная практика очень часто подтверждает принцип: вина за несбывшиеся надежды и ожидания со стороны больных возлагается на врача.

Так, с повседневной практической точки зрения больного и его семьи, врачебной ошибкой можно считать несоответствие между действительностью и представлением о ней. Таким образом, всё, что не отвечает мечтам и ожиданиям больного и его родных (соответственно их пониманию), может представляться ошибкой, а ожидания всегда превосходят и действительность, и возможности.

Внезапная смерть или тяжёлое заболевание кого-то из близких, в особенности, молодого, не только шокирует, но потрясает и логику понимания. В таком несчастье кто-то, однако, должен быть виноват! Кто? Господь Бог? Судьба? Набор генов? Эти вероятные виновники недосягаемы, да и трудно взвалить на них вину и ответственность. Однако, кто-то всегда должен быть виноват! Под рукой - врач, который касался больного. А значит – он! Тем более, что он беззащитен. Ведь по сей день виноватым в каком-нибудь несчастье признают кого-то, кто криво посмотрел, околдовал, проклял, плюнул за спиной, злословил и даже, если просто завидовал.

В соответствии с распространённым мнением, объяснимой, оправданной может быть только смерть от сердца или от рака. В отношении других заболеваний возникшее осложнение - подчас смертельное — воспринимается как «техническая» ошибка, либо как ошибка из-за халатности. В основанном на надежде понимании больных и их близких, законы биологии и, особенно, патологии, должны быть подчинены ожиданиям.

### ПОЗИЦИЯ ВРАЧЕЙ

Здесь я чувствую обязанность раскрыть позицию врачей. Именно врачи этот ход рассуждений больных не только понимают, но даже и принимают. На такой ход мыслей, по сути дела, безосновательный, больной имеет право. Но только больной! Поэтому такие необоснованные жалобы и обвинения, выражаемые больным (но только больным и родителями по отношению к своим детям) врачи причисляют к тяготам и цене исполнения профессии. Иногда это бывает очень болезненно, но принимается.

Следует также уразуметь, что агрессивный, вульгарный, а, порой, примитивно грубый способ выражения претензий близкими больного, оскорбительный для достоинства врача, провоцируют его ответную реакцию. В крайних случаях гиперэргичные реакции врача следует если не оправдать, то, по крайней мере, понять.

### ОШИБКА

О «чистой ошибке», совершённой человеком, можно говорить только при расчётах. Тот, кто ошибается при сложении и вычитании, совершает очевидную

ошибку. Медицина, однако, не математика и 2 + 2, к сожалению, редко равняется 4. Иногда равняется 3,999, а иногда = 0. Можно сказать, что по мере прогресса и использования всё более точных диагностических и терапевтических методов, 2 + 2 в медицине а симптоматически приближается к 4. Поэтому разница между значением ожиданий (выздоровление) и действительностью (осложнение, смерть), не становится доказательством или доводом бездействия, небрежности или же врачебной ошибки.

### ПРИЧИНЫ ОШИБОК В МЕДИЦИНЕ

Так же, как и в других областях науки, так и в медицине случаются ошибки в умозаключениях. Здесь умозаключение не проистекает логически из предпосылок, даже если они истинные. "Errarehumanumest" – и совершается ошибка в основе (error fundamentalis), когда результат расходится с ожиданием. Считается, например, что обнаруженный на рентгеновском снимке газ под диафрагмой свидетельствует о перфорации кишечника или желудка, что является безусловным показанием к операции. К сожалению, хотя и редко, однако случается, что, несмотря на рентгенологическое подтверждение «газа под диафрагмой», во время операции это не подтверждается. Совершена ли в этом случае врачебная ошибка, и проникновение в брюшную полость доказывает врачебное заблуждение?

Одно и то же заболевание у разных людей, особенно на начальном этапе его развития, может иметь стёртое, совершенно отличное от типичного описания, течение. Более того, один и тот же способ лечения одного и того же заболевания у одного больного может быть эффективен, а у другого же не привести ни к какому результату. Одно и то же лекарство у одного пациента, например, с повышенным давлением, может привести к нормализации давления, в то время как у другого не будет эффективным.

Диагноз и вид применяемого лечения опираются на результаты диагностических исследований. Все и везде соглашаются, что существуют ошибки в измерениях. Ошибка в измерениях – это несоответствие результата измерения с действительным значением. Однако совершенно не допускается мысли и не воспринимается сама возможность ошибки в измерениях в медицине! Ошибки, не зависящей от человека. Все воспринимают факт, и никого это не удивляет, что на одних фотографиях мы выглядим фотогеничными, а на других выходим плохо. Два снимка рентгенологических, сделанных с небольшим временным промежутком, могут дать образы по-разному интерпретированные. Таким образом, выработанные стандарты, методики исследований могут в отдельных случаях не гарантировать истинного результата. Следует помнить, что существует также «систематиче-

3

ская» ошибка в измерениях: когда ошибка не изменяется при многократных повторениях этих измерений. Она может зависеть как от измерительных устройств, так и от внешних воздействий.

С другой стороны, результаты исследований в клинической медицине со временем изменяются. Так, на этих результатах исследований, которые могут быть и как ложноположительными, так и ложно отрицательными, врач основывает своё диагностическое и терапевтическое решение. Коль скоро за ошибочный результат нельзя возложить ответственность на измерительный инструмент, то за последствия этой ошибки измерения в виде неправильного диагноза и несоответствующего лечения ответственность возлагают на врача. В этом случае больной не различает, а некоторые журналисты не хотят различать ошибки диагностического метода от ошибки врача.

Всё чаще слышим о судебных процессах с исками о выплатах компенсации за внутрибольничное инфицирование. Вину возлагают на врачей, не задавая себе вопроса: кто ответственен за перегруженные палаты, а иногда и коридоры? Почему не хватает персонала, поддерживающего в больнице чистоту? Почему нет соответствующим образом вентилируемых операционных залов? Отчего нет возможности использования так называемых степлеров (автоматических сшивателей)? Именно это и множество других воздействий является существенной причиной заражения, а не хирург, выполняющий операцию. А кроме того, кто и где в состоянии рутинным образом определить уровень устойчивости оперированного пациента к инфекциям? Значительное число [госпитальных] заражений составляют эндогенные заражения, вызванные бактериальной флорой самого больного.

#### ОСОЗНАВАЕМАЯ ОШИБКА

Достаточно часто журналистские репортажи, по меньшей мере, внушают мысль о возможности сознательного совершения ошибки врачом. Таким образом, журналистский материал приобретает черты скандала, а во многих случаях в этом и смысл. Скандалы хорошо продаются. Криминальные случаи сознательного совершения врачебной ошибки никогда у нас не случались. Не касаюсь сейчас проблемы абортов: врачи в Польше никогда и никого не обрекали на смерть (кроме когда-то действовавшего на территории Польши д-ра Менгеле). Согласен, что могли какую-то проблему не увидеть, не ощутив угрозы.

#### СОВЕРШИТЬ ОШИБКУ И ЗАБЛУЖДАТЬСЯ

В клинической практике следует отличать ошибку от заблуждения. Это совершенно отдельные понятия, несмотря на то, что результаты в обоих случаях могут быть нежелательны. Заблуждаться во многих случаях означает - искать: искать хорошее, правильное решение. Неизбежность заблуждения, то есть поиски оптимального терапевтического решения, часто исходит из того факта, что установленный «рабочий» диагноз является только выражением наибольшей вероятности среди множества других диагностических вариантов.

Диагностические трудности вытекают из того, что в клинических ситуациях мы имеем дело с целым рядом переменных случайных величин, и вдобавок изменяющихся во времени. Таким образом, в большинстве случаев мы имеем дело с одним уравнением с неопределённым и неведомым числом неизвестных. Как безошибочно решить такое задание? В таком случае выбирается диагноз наиболее вероятный. Это не означает, однако, что этот «рабочий» диагноз является правильным. Он может быть и ошибочным.

Для лучшего отражения [сути] проблемы приведу цитату из стихов:

«Бродят странники слепые

и, хотя в одном лесу,

каждого пути кривые

в свою сторону несут...».

Гёте выразил это сжато: «Человек заблуждается пока стремится» («Es irrt der Mensch solang er strebt...».

Простейший пример: в период эпидемии гриппа обращается к врачу человек, до сего времени совершенно здоровый, по поводу кашля, повышенной температуры и озноба. Врач диагностирует грипп и назначает лечение соответственно диагнозу. Болезнь, однако, прогрессирует и, в конце концов, диагностируется, скажем, вирусное поражение печени. Наиболее правдоподобно то, что первичный рабочий диагноз оказался ошибочным. Самое мягкое определение звучало бы: «Врач не распознал болезнь». «Что это за врач, который не сумел распознать вирусное поражение печени? – Напишут журналисты. «Как это возможно?! Где он учился?!». Жизнь, однако, демонстрирует очень много и более сложных примеров, чем этот, очень упрощённый.

Очень часто диагноз устанавливается путём поочерёдного исключения наиболее вероятных из возможных диагнозов. В конце концов, «блуждая», устанавливаем правильный, но изначально наименее вероятный диагноз. При лёгкой «a posteriori» оценке, когда всё становится ясно, как и столь, казалось бы, очевидный первичный диагноз, так и использованное лечение, всё это признаётся ошибочным. Следует, однако, помнить, что суждение «a posteriori» тоже ведь бывает ошибочным.

Случается и так, что подобно потерявшимся в лесу странникам, врачи ищут, ищут выхода, блуждают и блуждают, и, в конце концов, заблудятся и совершенно потеряются. Ведь, блуждая от ошибки к ошибке, не всегда можно дойти до истины. В течение веков прогресс в медицине опирался на эмпирию, то есть на метод проб и ошибок. В клинической медицине этот метод, хотя и всё реже, но попрежнему используется.

#### ОШИБКИ В ОРГАНИЗАЦИИ и недостаточное ФИНАНСИРОВАНИЕ

В стране существует неписанное, однако, используемое право: чем выше должность, тем меньше ответственность за более высокий оклад! По отношению к размытой ответственности за все организационные ошибки виновными оказываются работники низшего организационного звена, чаще всего - врачи. На врача «скорой помощи» обрушиваются грубые нападки, что долго пришлось ждать машину. Это врач виноват в том, что ожидание очереди на диагностическое исследование оказывается длительным. Это врач виноват в том, что не обеспечил запаса крови для переливания во время операции, которая по этой причине не смогла быть выполнена в назначенное время, а ведь доноров не только «почётных», но также и «семейных» немного!

Моральные обязанности врачей, так пропагандистски ловко используемые политиками в установлении не собственных, а врачебных окладов, безусловно, не заменят недостаточного финансирования и плохой организации службы. Об этом хорошо знают лица, принимающие решения, но ответственность перекладывают на более слабых. Было много примеров политически востребованных действительных или смоделированных врачебных «ошибок» и шумных процессов, имевших целью снять ответственность за недостатки в системе здравоохранения. Кто-то когдато сказал, что нет такого вероломства, на которое не пойдёт правительство, когда ему не будет хватать денег.

Очень типичным и поучительным был случай, когда не выслали машину «скорой помощи» в одном из городов. По информации журналистов, опиравшихся на высказывания высоких чинов Министерства здравоохранения и районных властей, ответственность за это типичным образом взвалили на низшии уровень иерархической лестницы: на диспетчера, так как известно, что она беззащитна даже перед неправедными обвинениями.

Возложение ответственности ещё более низкий уровень иерархии, например, на санитарку, было бы уже не только лишено оснований, но и, прежде всего, смешно. А о своём престиже власти должны заботиться. Безусловно, за чужой счёт. Регистратор не имеет права корригировать требования, которые должны быть продуманы и доработаны до конца так, чтобы исполнители этих требований не имели ни малейших сомнений в том, как реализовать выработанные указания.

Ошибки в организации могут вытекать из недостаточного финансирования. Недостаток финансовых средств влияет на правильную организацию работы в больнице, и больные с показаниями к экстренной операции вынуждены порой ждать своей очереди помногу часов. Срочность операции, между тем, диктуется степенью угрозы жизни, а не временем ожидания. За продолжительное ожидание больного в очереди на операцию его родственники обвиняют обычно врача. У нас они имеют привилегию и право безнаказанно оскорблять, не улавливая связи с недостатком финансирования или обеспечения материалами. Длительное ожидание больным очереди на диагностическое исследование или операцию при галопирующем прогрессировании заболевания может стать причиной существенной угрозы жизни и здоровью пациента. Мне неизвестны случаи, чтобы какой-либо из высоких правовых институтов усмотрел бы ошибку в организации здравоохранения или финансовый дефицит как истинную причину возникшей ухудшения в состоянии здоровья какого-либо больного.

Обсуждаются отдельные случаи и происшествия, а не система опеки и ответственные за недостатки в организации, в оснащении, а также диагностические и лечебные возможности. Проще и безопаснее взвалить вину на врача, сдобрив обвинения лозунгами о его моральных обязанностях. Ошибки в организации системы охраны здоровья проявляются в масштабе «макро» (в масштабе государства), и в масштабе «микро» (применительно к больнице или отделению). Никто, однако, не отважится признать, что ошибка в масштабе «макро» может проявиться в случае с отдельно взятым пациентом. И здесь, в таких масштабных соотношениях, удастся свести ответственность к вине врача.

Ни суд, ни общественное мнение не смогут оценить её, коль скоро неведомо, правильно ли вложены средства, выделенные парламентом, правительством, министерством дирекцией, и обеспечивают ли они правильное функционирование отдельных организационных единиц и системы охраны здоровья в целом

В то же время, результаты неудачных решений ложатся грузом вины на врача, который не в состоянии предотвратить последствия финансовых недовложений и плохого распределения средств. А ведь не врачи принимают решения о размерах и распределении средств на здравоохранение. Несмотря на это, именно врач становится целью порой недобросовестных атак со стороны властей и журналистов.

В жизни есть немного вещей, в которых можно быть абсолютно уверенным. Наверняка приходят лишь смерть и налоги. В медицине очень редко говорят с уверенностью. Существуют явления весьма вероятные, маловероятные и «так себе», так как реакции человеческого организма, как и всё в природе, бывают непредсказуемы. Поэтому мы подвержены непредвиденным и неидентифицируемым рискам.

В медицине существуют методы, направленные на идентификацию, измерение, оценку риска и вероятность его определения. Профилактические мероприятия направлены на то, чтобы этот риск исключить либо ограничить. Вырисовывается неизбежность умения управлять риском. Риск использования какого-либо лекарства или выполнения операции может превышать ожидаемые выгоды. Однако же, в медицине оценка выгоды и риска носит обычно описательный характер, а не измеримый, а значит трудно определяема. В отношении неизвестного и неограниченного числа так же неизвестных параметров, имеющих значение в лечении заболевания, врачи вынуждены оценивать риски интуитивно. Если же эта интуиция в особо трудном и сложном случае подведёт, означает ли это, что врач совершил ошибку?

Опираясь на статистические исследования, можно определить какова в данном учреждении, например, смертность после определённой операции. Статистика, однако, не определит каков будет в отношении конкретного больного результат запланированной, но отягощённой большим риском операции. При этом следует помнить, что риск отказа от операции может быть большим, чем риск от её выполнения. Таким образом, мы вращаемся в кругу рисков, пользы и неуверенности. Больные ожидают «выгоды», то есть здоровья, врачи – эффективности, адвокаты (некоторые) – ошибок и заблуждений, а журналисты (некоторые) скандала...

Как уменьшить риск? Никакие судебные процессы и телевизионные передачи не уменьшат риска, связанного с лечением. Риск значительно уменьшится только в случае эффективной организации, а также рационального финансирования и постоянного совершенствования службы здравоохране-

Для иллюстрации обращусь к ярким примерам. Дежурный врач приёмного покоя больницы в течение нескольких дневных часов должен принять около 50 больных, в том числе пациентов с незначительными заболеваниями; пациентов в состояниях, угрожающих жизни; находящихся в бессознательном состоянии после серьёзной травмы, заболевания или алкогольного отравления.

Врач должен устоять перед напором претензий, оскорблений, просьб и угроз со стороны больных и их близких. Работая в состоянии постоянного стресса и чувства ответственности, он, прежде всего, должен правильно позаботиться о всех больных.

В какой-то момент в результате нарастающего утомления одна из его мозговых клеток подвергается блокированию и не обеспечивает связи с другой. В результате врач, занимающийся сразу несколькими больными, ошибочно вручит мужчине направление к гинекологу. Представляю себе, сколько радости принесло бы это прессе, где появились бы заголовки, кричащие о том, что у нас врачи не в состоянии различать пол.

Пример второй: температура в операционной летом под операционной лампой достигает порой 40 градусов. Разве в таких условиях во время многочасовых операций можно ожидать или можно рассчитывать на то, что все решения, принимаемые хирургом и выполняемые им движения будут оптимальны? Логично и аналитически мысля, нельзя, но требуют, однако.

В 1988 году в парижской «Культуре» появилась изрядно наводящая на размышления статья госпожи профессора Е. Лентовской (E. Letowskiej) под выразительным заголовком «Быть судьёй в трудные времена...», из которой я узнал, что «новые задания должны натолкнуться на сопротивление правосудия... человеческого страха перед новыми и неизвестными задачами. В любом случае следует иметь знания в областях, дотоле неизвестных, ориентироваться в принципах конституционного права, а это не является повсеместным...». Я тогда подумал, что новых клинических ситуаций (хотя бы количественно), в которых оказывается врач, существует столь же много, сколь много и новых правовых ситуаций.

Можно ли во «врачебных» судебных процессах оценивать решение практического врача на основе мнения «высокоспециализированных специалистов», знания которых ex natura являются суперсовременными, весьма часто ограничена узкой областью медицины, - в отношении врачапрактика? В любом случае практические врачи не имеют никаких шансов овладеть знаниями и опытом в каждом разделе клинической медицины, особенно в областях, дотоле неизвестных. Хирург во время операции не может позволить себе перерыв и удалиться на консультацию или отодвинуть процесс лечения на более отдалённое время. Врачи также не имеют привилегии безнаказанного отказа от выполнения профессиональных

Таким образом, я полагаю, всё труднее быть врачом в это всё более тяжёлое для медицины время. К тому же, существуют границы медицинских знаний и границы знаний отдельного врача. В этой области наши возможности являются ex natura ограниченными. А, значит, - должны быть и границы ответственности. С другой стороны, врачи считают научно обоснованным лишь то, чему научились сами...

Проблемы жизни, болезни и смерти не удастся уместить в одно-, двух- и даже в трёхмерном пространстве. Эти проблемы тем более выходят за границы оценок, опирающихся на критерии любительского свойства. Уверенно можно сказать, что эти критерии основаны на таком весьма питательном материале, каким является [фильм] «Больница на окраине города» или же «Доктор Kildare». Важнейщим обстоятельством является то, чтобы при формировании оценок и мнений уметь отличать то, что известно наверняка от того, что только кажется.

Целый ряд позиций в прессе и ТВ отражает силу журналистского пустос-



ловия. Сила эта выражается в том, что в отношении врачей и службы здравоохранения репортёры выступают как прокуроры, судьи и палачи в одном лице, и всё это на любительском уровне! Критерием правды для них является собственное представление о дилеммах, с которыми в повседневной работе сталкиваются врачи и здравоохранение в целом. Никаких сомнений, никаких [глубоких] исследований, и никакой ответственности! Побеждает хорошо оплаченное умение придать проблемам характер скандала, но проблемам трудным и именно поэтому порой трудно распознаваемым и решаемым. В такого типа программах часто трудно найти даже след мысли на тему действительных причин нездоровой ситуации в здравоохранении, её влияния на обычного, рядового пациента. И нет в этих программах даже намёка на желание поправить, оздоровить ситуацию.

Смешение воедино причин, обстоятельств и результатов, рисков и трудностей приводит к непредвиденным, а то и просто к заранее готовым выводам. Единственный вывод, который извлекают авторы этих репортажей — это предостережение о том, что описанное ими несчастье может случиться с каждым из нас. Других угроз для нас они уже не видят. И эти их выводы воистину достойны высшей телевизионной награды.

Необходимо задать себе вопрос, а какую ценность представляет редактирование телепередач и статей в стиле скандала? Очевидно то, что больные мечутся между страхом и доверием. Какую выгоду приобретают пациенты от просмотра таких стандартно скандальных передач? А ведь, казалось бы, она должна была бы им чем-то помочь. Во всяком случае, на это следовало бы надеяться. Такая передача поможет преодолеть страх? Нет. Наоборот. Повысит уровень доверия к врачу? Нет. Совсем наоборот, так как изначально задумана увеличить страх. В подобных случаях журналистский успех основан именно на подрыве доверия к лучшим намерениям врача и его самоотверженности, а в итоге – на усилении чувства страха. А страх - плохой советчик. Журналистские стремления оскандалить входят в противоречие как с интересами больного, так и всего общества. Допущенных врачебных ошибок, случаев халатности, небрежности скрывать нельзя и недопустимо. Общество должно быть о том информировано. Общество, однако, достойно честной и достоверной информации, касающейся хода и результатов судебного процесса, а не произвольно запрограммированное мнение журналиста. Вместо телевизионного запугивания общества за его же собственные деньги, с большей пользой для того же общества было бы направить эти финансовые средства на выяснение действительных причин неудовлетворённости больных и их близких. В то же время в случае допущенной врачебной халатности я лично поддержал бы извещение об этом проступке во Врачебный Суд\* или прокуратуру.

Врачебный принцип primum non nocere применительно к названному типу журналистов я заменил бы на «primum non tangere (Прежде всего, не трогай [не касайся]) проблем, о которых знаешь весьма поверхностно, но которых совершенно не понимаешь». Так, наиболее существенным в рамках этой проблемы, по моему мнению, является то, что журналисты (некоторые) не осознают того, что представляемого ими вопроса они совершенно не понимают.

Привлечение больных как «доказательства» журналистского представления о «врачебной ошибке» является зачастую обычной манипуляцией. Субъективное мироощущение больных не равнозначно объективной действительности. Как я уже говорил, право на это имеют только больные, но никак не журналисты, у которых нет права осознанно путать эти понятия. Больные и медицина наверняка были бы более благодарны журналистской работе и их изобретательности, если бы были изучены и представлены системные ошибки, проявляющиеся в отдельных случаях.

\*Врачебный Суд входит в структуру Врачебной Палаты, разбирает случаи нарушения медицинской этики, изучает конфликтные ситуации, назначает наказания на виновных в проступках врачей вплоть до лишения права исполнения профессии.

#### БУДУЩЕЕ

Наибольшие риски для будущего медицины и службы охраны здоровья существуют в научной и мыслительной стагнации. Чтобы развиваться, творить и идти с прогрессом в ногу, нельзя уходить от проблем, нельзя избегать обоснованного риска. Чтобы научиться ходить, мы неизбежно обрекаем себя на риск споткнуться и упасть. Прогресс, достигнутый в медицине, изобилует случаями, которые с современной точки зрения мы не колебались бы назвать ошибками.

Прогресс в медицине невозможен без более ранней и более точной диагностики. Врач, не вооружённый современной аппаратурой, обречён на заблуждения, а в оценках больного – на врачебные ошибки. Не исключаю здесь и обиды больных, адресованные врачам, за неизлечимую болезнь либо за возникшее осложнение. Без современных методов диагностики число этих «ошибок» наверняка не уменьшится.

#### ВЫВОДЫ НАПРАШИВАЮТСЯ САМИ

Действительная халатность, небрежность в ходе лечения должны быть оценены и наказаны в соответствии с действующим законодательством. И всё же, врачи, как и представители иных профессий, должны иметь право на ошибку.

Врач, тем не менее, ни под каким предлогом не должен отвечать за результаты неправильной организации и недостаточного финансирования здравоохранения. Наиболее эффективным способом избежать случаев, часто определяемых как «врачебная ошибка», или же «халатность и небрежность», является такое финансирование здравоохранения, которое обусловило бы возможность реализации мировых стандартов [оказания медицинской помощи].

Дефицит финансирования службы охраны здоровья бывает причиной ряда этических проблем, за решение которых ответственны и политики, и экономисты, и врачи. Но не одни только врачи! Если реализацию прав этического свойства мы будем добиваться исключительно правовыми санкциями и безответственными репортажами, дискредитирующими усилия и самоотверженность работников здравоохранения, то в конечном итоге обязанностью [врача] будут только требования закона, а не этические нормы. И таким образом будет утеряна сама сущность заботы о больном.

Если врач будет принужден к безусловному соблюдению навязанной ему нормы закона, изначально основанной на какой-то обязательной этической системе, то это будет значить, что мы все должны будем быть подчинены этой системе. А это будет представлять собой настоящий мыслительный и понятийный тоталитаризм. И если мы не хотим внести хаос в критерии оценки врачебных поступков, то должна быть должным образом оценена значимость «оговорки врачебной добросовестности», так как моральная обязанность врача простирается значительно дальше, чем его юридическая обязанность. Опора в работе врача только на формально-правовые критерии имела бы губительное значение и для больных, и для медицины.

Опасность, которая может грозить медицине и больным со стороны правоведов, заключается в том, что может привести к ситуации, когда врач будет вынужден задумываться как ему во всём сложном процессе лечения, отягощённого высоким риском для больного, в первую очередь обезопасить себя самого перед непониманием и отсутствием врачебной интуиции у правоведов. Опасность эта вне понимания и правоведами, и журналистами. Во главе этих профессиональных групп - правоведы-адвокаты. Запуганные правоведами-адвокатами и журналистами-скандалистами, врачи будут опасаться даже начинать отягощённый риском процесс лечения, не единожды спасавший жизнь тяжело больным

В оценке заботы о благе больных, о здравоохранении самой большой ошибкой, граничащей с преступлением, является оценка врачебного труда на основе собственных, любительских представлений и недобросовестного подбора фактов. (Выделено мной -**A.C.B.).** Необоснованные, притянутые за уши процессы о возмещении вреда вводят отношения «врач – больной» в ранг торговых: «продавец - клиент». Неизбежным последствием этого будет дальнейшая дегуманизация медицины. И вину за это, безусловно, возложат на врачей. Врач многократно вынужден мириться с фальшивым негативным мнением больного, относительно применяемого лечения. Но только больного!

#### От переводчика:

Эту статью профессора Т.Толлочко я прочитал в год выхода журнала в свет. К теме и содержанию я тогда отнёсся как к приснопамятной газетной рубрике «Их нравы». Прошло время. Теперь, наблюдая за столь же огалтелой, сколь и восторженной травлей моих коллег со стороны СМИ, молчаливо, но эффективно поддерживаемой предательством высоких управленцев здравоохранения, я решил (скорее, рискнул... это мой дебют) перевести плоды размышлений профессора на русский язык. А теперь, как говорится, «Nota bene!»: статья писалась более десяти лет назад в Польше, а ощущение такое, что писано в России и вчера!

> Агафонов С.В., терапевт. Калининград, май 2013 г.

### Национальная медпалата информирует

### Недавно Национальная медицинская палата получила ответы из Федерального Министерства здравоохранения на некоторые часто задаваемые вопросы.

Как оплатить медицинские осмотры студентов медицинских образовательных учреждений, проходящих практику в медицинской организации? Как распределяется ответственность между образовательной и медицинской организацией, в случае причинения вреда пациенту во время практики студента? Как оплачивается диспансеризация медицинским организациям?

Такие вопросы поставил перед Министерством в депутатских обращениях вице-президент НМП, депутат Госдумы Сергей Дорофеев.

По вопросу определения источника оплаты медицинских осмотров студентов медицинских образовательных организаций перед началом и в период прохождения практики в медицинских организациях, специалисты Минздрава отметили, что проведение осмотров должно быть обязанностью образовательного учреж-

Вместе с тем, в Минздраве отмечают, что законодательство РФ действительно не содержит положений, регулирующих организацию и финансовое обеспечение медицинских осмотров обучающих.

В целях урегулирования данных вопросов, Минздрав России выступил с предложением о внесении в Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ измене-

ний в части закрепления оснований для проведения медицинских осмотров обучающихся по профессиональным образовательным программам и возложения обязанностей по оплате этих осмотров на образовательные организации.

Еще один депутатский запрос касался проблем распределения ответственности между образовательной и медицинской организацией в случае причинения вреда жизни или здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи с участием студента-практиканта.

Минздрав ответил, что вопросы возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью человека, урегулированы действующим законодательством РФ.

Однако, в ответе Минздрава России отмечено, что статья 82 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-Ф3, вступающая в силу с 1 сентября 2013 года взамен статьи 77 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-Ф3, не содержит положений о контроле и ответственности при проведении практической подготовки обучающихся в медицинских организациях, равно как и исключает возможность применения норм Порядка.

В связи с этим Минздравом РФ прорабатывается вопрос о внесении изменений в статью 82 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ в части определения ответственности образовательной или научной организации и медицинской организации при проведении практической подготовки обучающихся.

Одной из проблем в работе медицинских организаций является оплата проводимой диспансеризации населения. В настоящее время в некоторых регионах территориальные фонды ОМС отказывают в оплате по формальным основаниям – отсутствию у медицинских организаций лицензий на осуществление деятельности по проведению «медосмотров профилактических».

Отдельных лицензий у медорганизаций сейчас нет, а приказы Минздрава не предусматривают переходных положений. Минздрав сообщил, что до получения лицензии на проведение профилактических медицинских осмотров под законченным случаям профилактического медицинского осмотра и этапов диспансеризации, подлежащим оплате страховыми медицинскими организациями, следует понимать выполнение перечней осмотров врачами (медицинскими работниками) и исследований, предусмотренных Порядком проведения диспансеризации и Порядком проведения профилактического осмотра, за исключением различных видов профилактического консультирования (краткое, углубленное, групповое). Минздравом России подготовлены соответствующие разъяснения по данному вопросу, которые в ближайшее время будут направлены в субъекты РФ.

Национальная медицинская палата также информирует, что на нашем сайте началось обсуждение проекта нормативного правового акта Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Перечня производственных факторов, Перечня отдельных видов работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры, Порядка проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на отдельных видах работ, тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

Также напоминаем, что идет обсуждение представленного Минздравом России плана своей деятельности на 2013 - 2018 годы.

> С наилучшими пожеланиями, Информационная служба НМП