

**К ВОПРОСУ
О ТЕРМИНОЛОГИИ, ИСПОЛЪЗУЕМОЙ
ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДАХ
ЛЕЧЕНИЯ (ОПЫТ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН)**

Мурзова Т.В., Сенина-Волжская И.В.,
Островская Ю.В., Рябов С.В.

*ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная
медицинская академия Министерства
Здравоохранения и социального развития РФ»,
Нижегород, e-mail: missis.mtv@mail.ru*

По мнению ряда зарубежных авторов, исследующих вопросы, связанные с наличием неблагоприятных исходов, проблемы оказания качественной медицинской помощи кроются зачастую в отсутствии комплексного подхода к превенции врачебных ошибок [1; 3; 7; 9; 12; 14].

В законодательных актах многих стран понятие врачебной/медицинской ошибки отсутствует. В целом, медицинская ошибка – случайное причинение вреда (иногда включается также потенциальное причинение вреда) жизни или здоровью пациента, вызванного ошибочными действиями или бездействием медицинского работника. Такие действия совершаются вследствие добросовестного заблуждения при должном отношении к профессиональным обязанностям и отсутствии признаков умысла, халатности, небрежности либо неосторожности. Ошибкой может быть добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве медицинской науки и ее методов, или результат нетипичного развития заболевания либо недостаточности подготовки медицинского работника [2; 10; 13; 14; 15].

Субъективными факторами медицинских ошибок являются недоучет или переоценка клинических, лабораторных и анамнестических данных, заключений, недостаточная квалификация врача, неполноценное/запоздалое обследование больного, недооценка тяжести его состояния. Объективными факторами врачебных ошибок являются кратковременность пребывания пациента в клинике, тяжесть состояния пациента, сложность диагностики из-за нетипичности течения заболевания, недостаток материальных ресурсов и лекарственных средств, поздняя госпитализация больного, недостаточность знаний о сути патологического процесса [2; 10; 15].

Неблагоприятные последствия для здоровья пациента могут наступить вследствие действий не только врача, но и другого медицинского персонала (например, медсестры). Это также включается в понятие медицинской ошибки [2; 3; 7; 10; 14; 15].

Американское законодательство устанавливает следующие условия наступления ответственности за врачебную ошибку: фактор вреда здоровью, неправомерность действий, непосредственная причинная связь между ними, вина [10; 14; 15].

Для констатации небрежности американский суд требует от эксперта обосновать такие ее признаки как существенный недостаток знаний, внимательности, особое безразличие к безопасности пациента, обусловленные невежеством в выборе средств диагностики и лечения, недостатком навыков владения оборудованием или даже отказом уделить пациенту надлежащее внимание. Американский комментарий к Уголовному кодексу и руководство по уголовному праву определяют преступную небрежность («negligence») как ситуацию игнорирования существенного и неправомерного риска, о котором субъект не знал, хотя должен был знать. Преступная неосторожность («recklessness») определяется как ситуация игнорирования существенного и неправомерного риска, о котором субъект знал, игнорировал его сознательно и продолжал опасное поведение [10; 12; 13; 15].

В ФРГ, США, Франции, Австрии существует практика заключения между врачом и пациентом (медицинского) договора, где предусматриваются конкретные меры, которые будут применены в случае причинения вреда пациенту или неисполнения заключенного договора [4; 5; 6; 10; 11; 15].

Удельный вес врачебных ошибок достаточно велик. По данным Института медицины Национальной Академии наук США, вследствие предотвратимых медицинских ошибок в американских больницах ежегодно погибают от 44 до 98 тыс. человек, и по этому показателю врачебные ошибки занимают 8-е место в списке основных причин смерти [18; 19].

В США ежегодное количество поступающих на врачей жалоб составляло от 0,2 на каждые 100 врачей в 1985 г. до 14,4 – сегодня. В Канаде один врач из каждых 27 привлекается к ответственности, и в течение последних 10 лет этот показатель был относительно стабилен [10; 12; 13; 15].

В США с помощью статистического наблюдения вычислена вероятность риска врачебной ошибки для каждого среднестатистического врача – 37%, для хирурга – 50%, для акушера-гинеколога – 67% [10; 12; 13; 15].

В США средняя величина присуждаемой компенсации за ущерб, нанесенный при медицинском вмешательстве, составляет от 400 тыс. до 1,5 млн. долларов [10; 15].

В Великобритании за год по судебным искам, связанным с рассмотрением дел о врачебных ошибках, выплачивается 150 млн. фунтов стерлингов. В Австралии размеры выплаченных компенсаций за ущерб, причиненный пациенту в результате медицинского вмешательства, в отдельных случаях достигали 7 млн. долл. США [10; 15].

В нескольких штатах США для получения лицензии врачи обязательно должны участвовать в образовательной программе по снижению риска дефектов [13; 16].

В ряде источников понятия «дефект оказания медицинских услуг», «врачебная ошибка», «неблагоприятный исход» истолковываются следующим образом.

Дефект оказания мед услуг охватывает все случаи, когда имеет место неграмотное действие врача или иного сотрудника мед. учреждения, некачественное оказание медицинской помощи, которое привело либо не привело к ухудшению здоровья пациента, но может повлечь подобные последствия в результате нарушения порядка лечебно-диагностического процесса. Иногда «дефект» и «ошибка» в ряде зарубежных источников употребляются просто как синонимы.

Если сравнивать понятие «ошибки» и понятие «неблагоприятного исхода», то, во-первых, ошибка это, прежде всего, недостижение поставленной цели, неудачное завершение спланированных мероприятий по оказанию помощи больному (т.е. неверное исполнение, проведение грамотно спланированных процедур) – «Failure of a planned action to be completed as intended (i.e., error of execution)», либо неверное планирование мероприятий, направленных на излечение больного (the use of a wrong plan to achieve an aim (i.e. error of planning) [2; 4; 8; 9]. Неблагоприятный же исход определяется как вред, причиняемый пациенту вследствие врачебных действий.

Во-вторых, встречается понятие «предотвратимого неблагоприятного исхода» (preventable adverse event), которое понимается как неблагоприятный исход (то есть вред, имеющий место в результате врачебной ошибки) [3; 6; 10; 14; 15].

Надо полагать, что просто неблагоприятный исход может быть не только в результате ошибки, но и в результате атипичного протекания заболевания, что невозможно предугадать, а стало быть, ошибкой считаться не будет. Такого мнения придерживается ряд авторов [4; 9; 10; 14].

Список литературы

1. Chang A., Schyve P.M., Croteau R.J., O'leary D.S., Loeb J.M. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events // *Int J Qual Health Care*. – 2005. – №17. – P. 95–105.
2. Dhillon B.S. Human error in medication. In: *Human Reliability and Error in Medical System*. – New Jersey: World Scientific, 2003. – P. 89–104.
3. Dhillon B.S. *Human Reliability and Error in Medical System*. – New Jersey: World Scientific, 2003.
4. Eisenberg J.M., Meyer G., Foster N. Medical errors and patient safety: a growing research priority. – *Health Serv Res*, 2000.
5. Fisseni G., Pentzek M. and Abholz H.-H.. Responding to serious medical error in general practice—consequences for the GPs involved: analysis of 75 cases from Germany // *Family Practice*. – 2008. – №25. – P. 9–13.
6. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol // *BMJ*. – 2000. – №320. – P. 777.
7. Landrigan C.P., Rothschild J.M., Cronin J.W. et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units // *N Engl J Med*. – 2004. – №351(18). – P. 1838–1848.
8. Lanska D.J. Length of stay for patients admitted with stroke in the United States: Professional Activity Study, 1963–1991 // *JNeurol Sci*. – 1994. – №127. – P. 214–220.
9. Lisby M., Nielsen L.P., Mainz J. Errors in the medication process: frequency, type, and potential // *Int J Qual Health Care*. – 2005. – №17 (1). – P. 15–22.
10. Merry A., Smith A.M. *Errors, Medicine and the Law*. – New York: Cambridge University Press, 2001.
11. Meyer G., Foster N., Christrup S., Eigesberg J. Setting a research agenda for medical errors and patient safety. – *Health Serv Res*, 2001.
12. Pradhan M., Edmonds M., Runciman W.B. Quality in healthcare: process // *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. – 2001. – №15 (4). – P. 555–571.
13. Reason J. Human errors: models and management // *Br Med J*. – 2000. – №320. – P. 768–770.
14. Rosenthal M.M., Sutcliffe K.M., eds. *Medical Error. What Do We Know? What Do We Do?* – San Francisco: Jossey-Bass, 2002.
15. Russel A. *On the Law of Arbitration*. – Cambridge, 2007.
16. Weingart S.N., Wilson R.M., Gibbert R.W., Harrison B. Epidemiology of medical error // *Br Med J*. – 2000. – №320. – P. 774–777.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ КУРЕНИЯ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТА

Солдатова Ю.О., Зубаирова Г.Ш.,
Булгакова А.И.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет Минздрава
России», Уфа, e-mail: ConfessorLexi@yandex.ru

Одним из приоритетных направлений развития современного государства является оздоровление нации. В России 80% людей не занимаются физической культурой и спортом, 65% регулярно употребляют крепкие спиртные напитки или курят, 60% проходят медобследование только в случае болезни [1]. Существует множество различных факторов, негативно сказывающихся на здоровье населения, одним из которых является табакокурение [2]. Общемировые масштабы курения стали причиной того, что Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) говорит о ней как об эпидемии и, начиная с 1950-х годов, проводит активную работу по профилактике курения сигарет. В России табакокурение охватывает более 50 млн. человек. В 2009 году по инициативе ВОЗ был проведен глобальный опрос среди взрослого населения РФ о потреблении табака 39,1% (43,9 миллиона) оказались активными курильщиками [3]. Еще в прошлом веке было установлено неблагоприятное воздействие табака на состояние зубочелюстной системы. Курение оказывает негативное влияние на состояние органов полости рта, вызывая окрашивание зубов, зубных реставраций, протезов, приводит к развитию таких заболеваний как лейкоплакия Таппейнера, меланоза курильщиков и т.д. [6, 7]. Влияние курения на состояние стоматологического здоровья, особенно на состояние пародонта, изучалось учеными разных стран в течении многих лет. Исследования проведенные в последние 20 лет, доказали