

# СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ

© МАКСИМОВ Н.И., ДИМОВ А.С., 2018

УДК 614.254.3:301

*Максимов Н.И., Димов А.С.*

## СОЦИОЛОГИЯ ВРАЧА: К КРИТИКЕ И ЗАЩИТЕ ПОТЕНЦИАЛА ВРАЧЕВАНИЯ – ОПЫТ XX ВЕКА. ЧАСТЬ I. СУБЪЕКТИВНЫЕ ТРУДНОСТИ ИСПОЛНЕНИЯ РОЛИ ВРАЧА (АНАЛИЗ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ИСТОКОВ ПРОБЛЕМЫ ERROLOGIA MEDICA; ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» 426034, г. Ижевск

Проблема врачебных ошибок решается преимущественно с позиции эмпирических данных. Публикации страдают субъективизмом при игнорировании методологических (формально-логических и диалектических) законов познания истины. Это приводит к противоречивости и нерешенности проблемы. Большинство исследований остаются в пределах критического, а не позитивного (конструктивного) обсуждения проблемы. В итоге авторы не приходят к получению новых знаний. В этой части статьи обсуждаются методологические истоки субъективных трудностей исполнения роли врача и предлагаются решения некоторых аспектов указанной проблемы.

**Ключевые слова:** методология; субъективизм; врач; социология врача; врачебная ошибка; субъективные причины врачебных ошибок.

**Для цитирования:** Максимов Н.И., Димов А.С. Социология врача: к критике и защите потенциала врачевания – опыт XX века. Часть I. Субъективные трудности исполнения роли врача (анализ методологических истоков проблемы errologia medica; обзор литературы). *Социология медицины*. 2018; 17(1): 22-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2810-2018-17-1-22-28>

**Для корреспонденции:** Максимов Николай Иванович, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», e-mail: [maxni@list.ru](mailto:maxni@list.ru)

*Maksimov N.I., Dimov A.S.*

## THE SOCIOLOGY OF PHYSICIAN: ON CRITICISM AND DEFENSE OF POTENTIAL OF DOCTORING. THE EXPERIENCE OF XX CENTURY. PART I. THE SUBJECTIVE DIFFICULTIES OF IMPLEMENTING THE ROLE OF PHYSICIAN (ANALYSIS OF METHODOLOGICAL SOURCES OF PROBLEM OF ERROLOGIA MEDICA; THE REVIEW OF PUBLICATIONS)

The State Budget Educational Institution of Higher Professional Education  
"The Izhevsk State Medical Academy", 426034, Izhevsk, Russia

The problem of physician errors is resolved predominantly from position of empirical data. The related publications are inadequate due to subjectivism at disregarding methodological (formal logical and dialectic) laws of cognition of truth. This situation results in discrepancy and suspense of problem. Most of the studies remain within the limits of critical but not positive (constructive) consideration of the problem. On balance authors receive no new knowledge. The article discusses methodological sources of subjective difficulties of implementing the role of physician. The solutions are proposed concerning certain aspects of the mentioned problem.

**Key words:** methodology; subjectivism; physician; sociology of physician; physician error; subjective causes of physician errors.

**For citation:** Maksimov N.I., Dimov A.S. The sociology of physician: On criticism and defense of potential of doctoring. The experience of XX century. Part I. The subjective difficulties of implementing the role of physician (analysis of methodological sources of problem of errologia medica; the review of publications). *Sotsiologiya meditsiny*. 2018; 17(1): 22-28. (In Russ.) DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2810-2018-17-1-22-28>

**For correspondence:** Maksimov N.I., doctor of medical sciences, professor, the Head of the Chair of Hospital Therapy of the State Budget Educational Institution of Higher Professional Education "The Izhevsk State Medical Academy". e-mail: [maxni@list.ru](mailto:maxni@list.ru)

**Conflict of interest.** The authors declare absence of conflict of interest.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Суть кредо врача – «Primum non nocere!» (Прежде всего, не вреди!).

Я.С. Циммерман [1]

Внимание к центральной фигуре в медицине – врачу – было всегда. Но всегда ли оно являлось объективным и научным даже в профессиональной медицинской печати? В силу «травматичности» для общества более заметным («актуальным») оказывался лишь отрицательный аспект врачевания, но и он состоит из двух противных сторон.

*Субъективная сторона* отражена в многочисленных публикациях по врачебным ошибкам или, правильнее, ошибкам врача (ОВ). Проблемы ОВ ежегодно обсуждаются более чем в 6 тыс. публикаций [2]. Однако их анализ показывает, что большинство из них носит узкоспециальный и фактографический характер, они отягощены иллюстративностью, оценки в них сугубо конкретны и нередко касаются отдельных нозологических единиц или синдромов [3,4]. В результате имеется бесконечный и противоречивый спектр взглядов и позиций, которые обладают лишь одной общностью – в значительной степени страдают субъективизмом при игнорировании методологических (формально-логических и диалектических) законов познания истины. В итоге существует более 60 вариантов определения ВО [5,6]. Работы с методологической трактовкой встречаются редко и зачастую поражены дефектами гносеологического порядка [7]. Это подтверждают и последние публикации в медицинской литературе [6-10], где авторы, признавая актуальность, противоречивость и нерешенность проблемы, остаются в пределах критического, а не позитивного (конструктивного) ее обсуждения, не приходят к получению новых знаний, что является определяющим для научного исследования. Например, одна из статей [10], несмотря на призыв к разработке «теории врачебных ошибок», в целом представляет собой лишь проповедь (частично правильную) субъективного и умозрительного (бездоказательного, поскольку фактов) характера. Очевидно, необходимость теоретических изысканий является непреложным явлением для любой области знаний, в том числе медицины и ее раздела *ergologia medica* [11].

*Объективная сторона.* Противоположная сторона (тенденция) в плане защиты роли врача как социальной единицы общества практически отсутствует, что особенно актуально в последние 20 лет. Забота о лечащих врачах, критика системы «отписок в государстве от проблем врача» обнаруживается в единичных публикациях [12-15]. Это объясняется тем, что принципы функционирования медицины в РФ больше подчиняются капиталистической логике [16], и при постоянно растущей стоимости современного здравоохранения [17] эффективность врачебного дела деградирует. К началу XXI века многое из достигнутого в здравоохранении утрачено [18]. В 1990 г. уровень смертности у нас был ниже, чем в Германии, а в 2004 – выше [17,19]. По расходам на душу населения здравоохранение РФ находится на 75-м месте в мире, а по показателям его эффективности – на 130-м [20]. В РФ происходит до 1,3 млрд в год обращений к врачу [17]. Из 8 млн экспертиз качества медицинской помощи в РФ выявлено

4,8 млн нарушений (6 случаях из 10) [16,21]. Если в середине XX века разрабатывались элементы научной организации деятельности врача [22,23], то сегодняшняя бюрократия государства и МЗ в этом не нуждаются. Это подтверждается фактом, что до лечебных учреждений доходит 40% финансирования, а 60% направляются на содержание бюрократической системы МЗ РФ [20]. Проведенный хронометраж работы врача в 2013 г. (впервые с 1981 г.) показал, что до 70% его деятельности заключается в написании бумаг (Сайт «Врачи РФ» от 10.12.2013). Таковы лишь некоторые объективные факторы, влияющие на реализацию потенциала врача в обществе.

Обе стороны дела будут обсуждены в 1-й и 2-й частях статьи на основе методологического анализа «отрицательного» врачебного опыта XX века для выработки, возможно, какой-то определенности и доказанности некоторых ее аспектов. Избранные из них (в 1-й части) излагаются в виде антитезисов.

**Антитезис 1: о масштабности проблемы врачебных ошибок.** Тезис одного из авторов [10], обнаружившего рост числа ОВ, не подтверждается фактами. Результаты 38 исследований XX века по качеству диагностики самых распространенных заболеваний (от 36 до 200) показали, что частота ОВ в среднем была в пределах 30-37% (в ряде случаев 44%) [3,5]. Например, диагнозы направления (при сопоставлении 3242 пар диагнозов терапевтического профиля) не были подтверждены в период госпитализации в 33,6% случаях [24,25].

Частота ОВ, обнаруженных при вскрытиях, произведенных ведущими патологами страны (Давыдовский И.В., 1928, 1941; Вайль С.С., 1935 и др.), была в основном стабильна и обнаруживалась в первой половине XX века в интервале 13-22%, а далее была примерно на том же уровне в пределах 10-16% (Фикс А.Ф., 1967; Огарков И.Ф., 1966; Леонова В.А. и соавт., 1982; Жук А.Г., 2005 и др.). По данным последнего из указанных авторов, на основании 10 398 вскрытий за 15 лет этот средний показатель составил 10,7% (от 7 до 14,8%) случаев. В частности, в Москве, по данным 4359 аутопсий, диагностические ошибки (ДО) составили 21,6% (Пермяков Н.К., 1991) [4,5].

Напомним, что профессиональная деятельность врача как частный случай общечеловеческой в познавательном (гносеологическом) плане есть единство противоположностей, т. е. усвоения общетеоретического итога (на определенный исторический момент) всей медицинской науки (свода и абстрагирования опыта всех врачевавших ранее) и одновременно непосредственной каждодневной эмпирической ее части, которая называется распознаванием болезней (диагностикой). По данным опроса судмедэкспертами 2180 респондентов, установлено, что наибольшее число претензий к функции врачей лежит в области диагностики [26]. Ниже обсуждение будет проводиться, основываясь преимущественно на этой части врачебной деятельности.

**Антитезис 2: о неизбежности ошибок врача.** Согласимся, что тезис автора [10] об универсальности понятия «ошибка» предполагает ее методологическую характеристику, что как раз отсутствует в его статье. Ссылаясь на авторитеты, он утверждает, что ОВ – неизбежный спутник врачевания. Следует заметить, что обращение к авторитетам показывает отсутствие собственных аргументов и считается логической ошибкой типа «argumentum ad hominem» [27]. В доказательствах следует исходить из объективных посылок. Объективно ОВ – частный случай профессиональной и общечеловеческой ошибки, а в практическом и теоретическом плане – отражение целого комплекса граней: клинических, гносеологических (логико-диалектических), социально-гигиенических, экономических, судебно-медицинских, патологоанатомических, этических (в том числе деонтологических), психологических и других, включая юридическую сторону дела. Многогранность проблемы и высокая степень ее значения требуют точного и универсального, по сути медико-философского определения, которое не искажалось бы в пользу той или иной позиции, когда один и тот же факт будет считаться врачом несчастным случаем, юристом – ошибкой, а пациентом – преступлением.

Исходя из законов диалектики, всякое явление (процесс) представляет собой единство противоположностей. В философии в этом плане есть два предельно широких понятия, каждое из которых предполагает существование своего антипода, а именно – это истина и не истина (или ложь), которую чаще называют ошибкой, реже – заблуждением, иллюзией, фантазией, фальсификацией, что не меняет сути – отсутствия истины. Абстрактной истины нет, истина всегда конкретна – таково одно из основных положений диалектики. Отсюда очевидно, что в каждом конкретном случае истина бывает лишь одна, а ложных (ошибочных, неверных) представлений – бесконечное количество. Но это не означает, что у конкретного больного невозможно установить точный (истинный) диагноз на данный момент времени и пространства, отвечающий требованиям практики (реальности). Таким образом, с методологических позиций ошибка – явление закономерное и как все в мире имеет причины и следствия. Изучение этих связей позволяет раскрыть пути для их превенции (предупреждения).

**Антитезис 3: о параметрах объективного характера в происхождении ошибок врача.** В данном антитезисе обозначим лишь суть проблемы, поскольку ей посвящена целиком 2-я часть данной статьи, где будут изложены структура, характер и оценка значимости этих параметров. В гносеологии (науке о познании) самые широкие понятия – это субъект и объект познания. Это игнорируется как в современных статьях [6,8-10], так и в прежних публикациях XX века. При проведении методологического и клинического анализа 59 отечественных и зарубежных классификаций причин диагностических ошибок (ПДО) обнаружено, что только в 13 из них (Давыдовский И.В., 1928; Комаровский Ю.Т., 1976; Шамарин П.И., 1969 и др.) [3,5] авторы были приверженцами существования ПДО объективного и субъективного характера. Напротив, абсолютизация значения ПДО субъективного характера имела

в 18 классификациях (Дробнер Л.И., 1938; Даль М.К., 1948, 1949; Демин А.А., 1948; Рейнберг Г.А., 1951; Кондратьев В.Г., 1976; Hegglin R., 1961; Gross R., 1969; Fronescu E., 1970 и др.), а некоторые авторы вообще отрицали существование объективных причин (Петленко В.П. и соавт., 1976; Дзизинский А.А., 1979) на том основании, что в природе «нет ни ошибок, ни истины» [3,5,25].

Мы приверженцы последней позиции и считаем, что объективных ПДО врача (!) не может быть по определению. Приводим два доказательства. Во-первых, за прошедшие 100 лет, несмотря на объективно существующие достижения медицинской науки и значительную степень технизации медицины, в целом качество врачебной диагностической деятельности не улучшилось (Поставит В.А., 1991 и др.) [4], что подтверждается данными статистики, приведенными в первом антитезисе, а также отмечено в американской литературе [6]. Это позволило ряду авторов (на основании своих данных и обобщения других исследований) считать, что недостаточная разрешающая способность методов исследования больного – это лишь предпосылки, а абсолютное большинство причин ДО имеют субъективный характер, в основе которых чаще всего находятся недостатки мышления (Фурс Л.Н., 1988; Дзизинский А.А., 1990; Чиссов В.И. и соавт., 2004; Эльштейн Н.В., 2005 и др.) [4]. Например, при анализе почти 4000 и 2500 расхождений диагнозов (Мальцев И.Т., 1959; Кононов А.Г., 1972) были обнаружены ПДО объективного характера лишь в 6,7 и 13,7% случаев соответственно. Следовательно, в остальных случаях имели место субъективные факторы, что особенно заметно в поликлинической практике (Шмуринов Р.А., 1991; Поставит В.А., 1991) [4].

Во-вторых, ошибка – это итог мышления, это умозаключение, продукция человеческого мозга, а никак не результат существования болезни, больного или каких-то иных временных или пространственных ситуаций. Это всегда и исключительно вина врача, его интеллектуальной, а затем и физической (в том числе манипуляционной) деятельности. Это вина не в смысле осуждения, а в смысле происхождения ошибки. Рассуждения, начиная с И.В. Давыдовского [28], продолжая Н.В. Эльштейном [2] и их последователями [10], о добросовестности (или халатности), определяющих наличие или отсутствие ОВ – это уже оценка качества деятельности врача, а не факта, т. е. существования его ошибки в виде диагноза или действий, ставших уже самостоятельными и независимыми от врача явлениями и объектами оценки. Иными словами, врач и его продукт не тождественны. Подмена понятий есть логическая ошибка, обозначаемая как «подмена тезиса» (ignotatio elenchii) [27], и она неправомерна для аргументации. Интерпретация деятельности врача допустима с целью понимания его квалификации, а не его ошибки. Теоретически допустимо, как крайние (и редкие практически) варианты, что опытный и добросовестный врач может произвести ошибку, а неопытный или недобросовестный окажется правым в своих действиях и решениях. Все изложенное выше неизбежно переносит акцент проблемы на субъективную (врачебную) составляющую диагностического процесса.

**Антитезис 4: о параметрах субъективного характера в происхождении ОВ.** В данном вопросе упоминаемые авторы [6,8-10], как и большинство их предшественников, рассматривают причинность ОВ утилитарно, умозрительно и субъективно, допуская множество произвольностей в их характеристике. Это демонстрируется результатами анализов ПДО [5, 29], представленных чаще патологами и судебными медиками, где они находили: «бедность интуиции» (Давыдовский И.В., 1928; Билибин А.Ф. и соавт., 1973 и др.), «отсутствие вдохновения» (Дробнер Л.И., 1938), «мышление без ассоциаций» или «недисциплинированное» (Мастбаум М.И., 1940; Зальмунин В.С., 1951 и др.), «невнимательность» (Пытель А.Я. и соавт., 1972; Коморовский Ю.Т., 1979; Забусов Ю.Г., 1973 и др.), «поспешность» (Рейнберг Г.А., 1951 и др.), «медлительность, утомляемость, забывчивость» (Franke Н., 1977), «невежество» (Шварц М.С., 1935; Эдель Ю.П., 1957 и др.), «незнание» (Эпштейн Т.Д., 1935; Hegglin R. 1961; Эльштейн Н.В., 1975 и др.), «отсутствие опыта» (Громов А.П., 1976; Probst J. *et al.*, 1969 и др.), «небрежность» (Каган М.И. и соавт., 1964; Акопов В.И., 2004 и др.), «склонность к оптимизму или пессимизму» (Franke Н., 1977), «себялюбие, тщеславие» (Hegglin R. 1961), «нерешительность, неуверенность в себе», «страх за свою судьбу и авторитет», «самоуверенность, заносчивость, веру в свою непогрешимость» (Краковский Н.И. и соавт., 1959; Громов А.П., 1976; Рокицкий М.Р., 1978 и др.) [5,29].

Произвольность в оценке причинности покажем на одной из последних работ [10], где автор выделяет важнейшими среди субъективных причин ОВ халатность (недобросовестность, легкомыслие) и заблуждение (ошибка мышления при добросовестном сборе и анализе доступной информации), невежество (недопустимое незнание) и обосновывает их довольно неточными критериями дифференциации. Например, что такое добросовестный (?) сбор и анализ информации? А если он недобросовестный, то заблуждение исчезает? Как понимать, если существует недопустимое, то следовательно, возможно и допустимое (?) незнание у врача? При этом он считает «халатность и невежество» – виновными действиями, но несовместимыми с наказанием, что заявлено в названии его статьи. Халатность им трактуется, как «ненамеренное неправильное действие». Но, во-первых, ненамеренность (т. е. неосознанность, иначе бессознательность) очень странный термин вообще для целенаправленной деятельности, а во-вторых, если утверждается, что «врачебная ошибка и ошибка по халатности не тождественны», то тогда чья же эта халатность, больного? Наконец, разве суть явления – ошибка – изменится в результате ее переименования? В целом он солидарен с Н.В. Эльштейном [2], цитируя его позицию: «Определяющим признаком ошибки является невозможность для данного врача предусмотреть и предотвратить ее последствия». К этому алогизму мы вернемся позже (**антитезис 5**), а сейчас обратимся к фактической стороне дела.

Крупнейшие авторитеты клинической медицины (Боткин С.П., 1950; Глинчиков В.И., 1930; Ланг Г.Ф., 1930; Василенко В.Х., 1964; Hegglin R., 1961 и др.) утверждали, что, чем опытнее врач, тем более внимания он уделяет анамнезу, информационную значимость ко-

торого R. Hegglin оценивал в 50%, а И.А. Кассирский в 70%. Экспертным путем дефекты анамнеза обнаруживались как ПДО в 15,5-50% (Эльштейн Н.В., 1967; Демидов Г.И. и соавт., 1977; Шестаков В.П., 1979) [5]. Недостаточное клинично-инструментальное обследование больных, по данным разных авторов, приводило к ДО в 17-60% на догоспитальном этапе (Мальцев Т.И., 1959; Гомельская Г.Л., 1964; Зимовский Б.Ф. и соавт., 1966; Бат-Очир Д., 1972 и др.) и в 19,7-40% случаях в стационарных условиях (Панкова Т.А., 1954; Лихачев А.А. и соавт., 1965; Хмельницкий О.В., 1970; Забусов Ю.Г., 1973), а выполнить эти исследования имелась возможность в 76,4-93,4% случаев (Зуфаров Т.З., 1967; Покровская Л.Н. и соавт., 1980) [5].

Следует напомнить, что в гносеологии каждый акт, как и диагностический, представлен двумя ступенями: «чувственной», эмпирической (получения информации) и «абстрактной» (обработка, осмысление, оценка и обобщение информации), что отсутствует в значительном числе рассмотренных выше классификаций ПДО [3,24] и часто упускается в конкретных исследованиях. В целом нами в ходе анализа 601 случая ДО были обнаружены субъективные (профессиональные) ПДО в 562 (93,5%) из них. Подобных дефектов диагностического процесса, приведших к ОВ, было от 1 до 11 (в среднем 3,99) в каждом случае ДО, что в сумме составило 2242 дефекта. На этапе получения информации число дефектов (как результат профессионального несовершенства врача) составило 1154 (51,5%) случая, а на этапе «абстрактного» мышления, как результата несовершенного использования полученной информации, – 1088 (48,5%) случаев. По числу дефектов на первом месте оказалась неправильная трактовка анамнестических данных (704 из 2242; 31,4% случаев), на втором – недостаточное использование лабораторно-инструментальных методов диагностики, часто отказ от методов недефицитного характера (439 дефектов; 19,6%), на третьем – неполнота анамнеза (297 дефектов; 13,2%). Доля дефектов в получении и оценке анамнеза составила 44%, физикальных данных – 15,8%, лабораторно-инструментальных и специальных данных – 39,5% [24, 30].

Непрофессиональные же качества врача Б. Шоу оценивал так: «Исходя из того что врачи обыкновенные люди, а не чародеи ... на одном конце шкалы помещается небольшой процент высокоодаренных личностей, а на другом – небольшой процент убийственно безнадежных тупиц. Между этими крайностями находится основной массив докторов (тоже, разумеется, посильнее и послабее с концов) ...» [31].

**Антитезис 5: о сущности (и дефиниции) врачебной ошибки как частного явления (понятия) «ошибка».** Автор статьи [10] излагает свою версию определения ВО, которая точно копирует таковое, данное еще в 1928 г. академиком И.В. Давыдовским [28]: «Врачебные ошибки – это следствие добросовестного заблуждения врача при выполнении им профессиональных обязанностей. Главное отличие ошибки от других дефектов врачебной деятельности заключается в исключении других умышленных преступных действий – небрежности и халатности, а также невежества». У автора это дополняется еще и априорной

индальгенцией: «...невиновное действие, не имеющее состава преступления».

В указанном тезисе имеется множество ошибок логического плана. Среди них самая существенная заключается в том, что эта наиболее упоминаемая и цитируемая формулировка в принципе не содержит определения ошибки. В нем сам факт ошибки как явление (и понятие «ошибка») подменяется и отождествляется с причиной, ее вызвавшей, а именно с «заблуждением врача». Такая подмена понятий есть также одна из форм логических ошибок [27], кроме того, причина и следствие в принципе не могут быть идентичными явлениями. Далее по законам логики определение неизвестного понятия должно даваться через известное, и нет смысла объяснять «неизвестное через неизвестное», т. е. с помощью «добросовестного заблуждения». Категория «добросовестное заблуждение» – больше этическая, а посему трудно определяемая и также требует расшифровки. Кроме того, нарушение логики имеется и в тавтологическом характере определения, которое в логике обозначается как «то же через то же» [27], так как «ошибка» и «заблуждение» варианты одного явления – отсутствия истинности. И, наконец, по законам логики позитивные умозаключения не могут строиться на отрицательных посылах, в данном случае – «в исключении... небрежности и халатности, а также невежества». При такой логике, когда происходит отождествление самой ошибки и ее причины, возможно значительное разнообразие ее вариантов. Наш анализ 59 классификаций ПДО [3,5,24], опубликованных в XX веке, обнаружил таковых причин от 2 («невидение и неведение врача») до 200 [32], т. е. при таком подходе возможно и 200 видов определения ОВ.

А логично ли квалифицировать ошибку по критерию ее следствия? По законам логики, чтобы стать определенной, а не двусмысленной, дефиниция должна использовать существенные признаки, излагаемые в определении. Н.В. Эльштейн [2] находил, что «определяющим признаком ошибки является невозможность для данного врача предусмотреть и предотвратить ее следствия. Поэтому вне зависимости от исхода за ошибку врач в уголовном порядке обычно не наказуем». Такая сугубо субъективная система создания различных видов ВО – плохих и хороших, наказуемых или нет, добросовестных или неумышленных – бесконечна по своим возможностям и не отвечает научному (объективному) подходу. Так, автор [10] указывает наличие ошибки медицинской и врачебной, причем различие видит в том, что первая наказуема, а вторая нет. Это можно принять в той части, что последняя лишь составная часть первой. Но это означает, что следствие определяет (и отождествляется) с сущностью ошибки. Алогизм здесь состоит в том, что по числу вариантов следствий возникает и число вариантов сущности ошибки, которая как факт в действительности всегда одна и либо она есть, либо ее нет.

Далее, рассмотрим критерий «невозможность предусмотреть следствия». Очевидно, что в профессиональные обязанности врача (как и водителя автобуса, пилота самолета, капитана корабля и т.п.) в принципе входит умение прогнозировать свои действия, отслеживать получение положительного и отрицательного

результата, а также знать последствия и осложнения всех манипуляций и лекарств, для чего существует многочисленная, в том числе справочная литература. А если врачом своевременно реализуется возможность «предусмотреть», то у него своевременно появляется и возможность «предотвратить» ненужные последствия. Таким образом, подобный аргумент абсурден. Вообще термин «врачебная ошибка» у авторов [6,9,10] изначально и априорно ассоциируется с «невинностью» и «невиновностью» и является неоправданной и заранее выданной индальгенцией врачу.

Исходя из законов философии, вытекает следующая дефиниция врачебной (диагностической) ошибки. Диагностическая ошибка – это такая мысль врача, такое его заключение о сущности болезни, которое не соответствует действительности, реальности, практике, т. е. не истинно, ложно. Поскольку вся врачебная деятельность укладывается в два предельно широких вида: распознавание (диагностику) заболеваний и преобразование их, т. е. профилактику и терапию, то по тому же философскому принципу (вне зависимости от истинности диагноза) следует сформулировать и определение «лечебной ошибки» (правильнее – ошибки в лечении). Лечебная ошибка – это такие действия (в том числе и бездействие) врача, которые не соответствуют действительным, реальным процессам у больного, на которые они направлены. Таким образом, врачебная ошибка это такая мысль и/или действия врача, которые не соответствуют действительности [33].

**Антитезис 6: об ошибке врача в аспекте понимания ее следствия как пути превенции.** Не подлежит обсуждению и справедливая мысль [10] о необходимости разбора ОВ. Уже давно установлено, что отсутствие гласного разбора каждой ошибки является одной из важнейших причин упорного их существования (Давыдовский И.В., 1941; Вайль С.С., 1948; 1961; 1969; Шестаков В.П., 1978) [5]. И дело не в субъективном мнении исследователей, а в объективной необходимости, доказательством которой служит иное. Известно, что в любой области знания и деятельности (науке, культуре политике, социологии) незнание прежнего опыта (позитивного и негативного), его игнорирование, т. е. отсутствие исторического подхода, приводит к повторению, вновь открытию старого. Поэтому альтернативы анализу ошибок нет. Прошлое всегда и везде учит будущее. Эта философская мысль непреложна и является абсолютной истиной. Другое дело, как это воспринимается на практике. Публичный разбор ошибок – самое слабое место в здравоохранении и в СССР, и тем более сейчас, когда в связи с либерализацией общества (и врачей) анализ ошибок вообще сведен на нет. Несмотря на системность, клиническую и социальную значимость этого явления, в России вообще нет статистики (регистра) ОВ [6, 34]. Что касается иных сторон этого дела, таких как «эмоциональные» страдания врачей при анализе ошибок или, наоборот, забота о корпоративной этике врачей, то с позиции обеспечения квалификации врачебного сообщества и, следовательно, здоровья и сохранения нации, это вопросы не для обсуждения.

ОВ можно оценивать, как имеющую, так и не имеющую следствия. И.В. Давыдовский [28] полагал, что

большинство ДО не имеет значения в плане изменения лечебного процесса, с чем категорически нельзя согласиться. По нашим данным, длительность госпитализации с пневмониями при ДО была в среднем на 2.2 дня продолжительнее, существенно не изменен характер лечебных мероприятий был лишь в 26% случаях, а среди 85 умерших от внебольничной пневмонии поздняя и/или неадекватная терапия была обнаружена во всех случаях [35]. Следствие, как и причина, есть всегда, и оно может иметь клинический, социальный, моральный, правовой, экономический и иные ракурсы.

В одной из статей [10] центральным аспектом ОВ является ее ненаказуемость. Противоречивость рассуждений очевидна. Автор полагает, что «чем сильнее... различные меры наказания, ... тем реже констатируются и анализируются врачебные ошибки, тем чаще они повторяются и тиражируются». И тут же: «Признание и разбор ошибок в медицине – единственный способ предупредить...» их. Очевидно, что обнаружение (констатация факта), а тем более не интимность, а публичность разбора ошибки – это уже вариант (способ) наказания, т. е. воспитания (коррекции поведения) виновного, предел которого, к сожалению, возможен до лишения деятельности (или свободы) врача. Если его нет, то в действиях врача возникает безответственность, что приводит к вседозволенности и нарушению прав пациентов [1].

### Выводы

1. Суть деятельности врача заключается в единстве противоположностей с его антиподом – больным (пациентом). Именно достаточность врачебного потенциала в каждом случае познания объекта (антипода), т. е. диагностической, и его преобразования, т. е. лечебно-профилактической работе (третьего не дано) определяют появление ОВ. Иными словами, ОВ – неизбежное явление и всегда итог деятельности врача, т. е. его социального, профессионального и (или) личностного несовершенства. При этом личностный (социально-психологический и культурологический) потенциал врача выполняет функцию генерального регулятора от знака «плюс», т. е. хочу и/или могу понять и познать и/или преобразовать иную и специфическую (больную, страдающую) личность, до знака «минус». Иначе говоря, истина оказывается проста и давно известна. Она имеет непреходящее значение и заключается в тезисе тысячелетней давности, что хороший врач должен быть прежде всего хорошим человеком (личностью) [36-38].

2. Иные факторы, обозначаемые как организационные, методические, информационные, материально-технические, деонтологические [2,9] и т. д., выделяемые как самостоятельные, в итоге реализуются лишь через эти два указанных вида врачебной деятельности. Они никак не освобождают врача от ответственности за свои решения и действия, но их роль нельзя не учитывать. Подробнее об этих опосредованных факторах возникновения ошибок врача будет изложено во 2-й части данного сообщения.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Циммерман Я.С. Врачебное кредо. *Клиническая медицина*. 2015; (1): 6-12.
2. Эльштейн Н.В. Современный взгляд на врачебные ошибки. *Терапевтический архив*. 2005; (8): 66-92.
3. Димов А.С., Витер В.И., Неволлин Н.И. *Врачебное диагностическое мышление: дефекты и пути оптимизации*. Ижевск – Екатеринбург: Экспертиза; 2004.
4. Димов А.С., Максимов Н.И. Общеврачебные аспекты качества диагностики. *Клиническая медицина*. 2008; (6): 73-6.
5. Димов А.С., Витер В.И. *Проблемы качества врачебной диагностики*. Учебное пособие с грифом УМО от 04.04.2007. Ижевск: 2008.
6. Фарбер Е.В., Сергеев Ю.Д., Шурупова Р.В. Социологические и правовые аспекты ошибок, совершаемые врачами и пациентами. *Социология медицины*. 2015; (14)2: 16-20.
7. Чазов Е.И., Царегородцев Г.И., Кротков Е.А. Опыт философско-методологического анализа врачебной диагностики. *Вопросы философии*. 1986; (9): 65-85.
8. Абаев Ю.К. Подлинные и мнимые успехи диагностики заболеваний в клинической медицине. *Клиническая медицина*. 2010; (5): 65-9.
9. Доскин В.А., Доринова Е.А., Картаева Р.А. Врачебные ошибки и конфликтные ситуации в клинической практике. *Клиническая медицина*. 2014; (4): 57-63.
10. Махабетчин М.М. Врачебная ошибка и наказание несовместимы. *Клиническая медицина*. 2015; (5): 72-6.
11. Коморовский Ю.Т. Методологические основы изучения ошибок в хирургии. *Клиническая хирургия*. 1976; (9): 54-62.
12. Чазов Е.И. Охрана здоровья населения и ее роль в социально-экономическом прогрессе. *Терапевтический архив*. 1983; (12): 3-7.
13. Чазов Е.И. Первичная медицинская помощь – основа укрепления здоровья нации. *Терапевтический архив*. 1988; (10): 3-6.
14. Чазов Е.И. Проблема первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. *Терапевтический архив*. 2002; (9): 5-8.
15. Чазов Е.И. Сегодня и завтра кардиологии. *Терапевтический архив*. 2003; (9): 11-8.
16. Андрианова Е.А., Тихонова С.В. Иорина И.Г. Институциональные изменения PR медицины в современной России. *Социология медицины*. 2008; (1): 14-7.
17. Крулянок С.М. Качество медицинской помощи: прошлое настоящее будущее (обзор литературы). *Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН*. 2009; (3): 68-78.
18. Измеров Н.Ф. Национальная система медицины труда как основа сохранения здоровья работающего населения России. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2008; (1): 7-8.
19. Герасименко Н.Ф. Сверхсмертность населения – главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2009; (3): 10-4.
20. Потапов А.И. Только здоровая Россия может стать сильной. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2009; (2): 3-7.
21. Карташов В.Т., Фисун А.Я., Крюков А.Е., Бакшеев В.И. Управление качеством медицинской помощи результаты работы амбулаторно-поликлинического звена учреждения. *Клиническая медицина*. 2008; (12): 55-61.
22. Эльштейн Н.В. Вопросы научной организации труда и управления в здравоохранении. *Советское здравоохранение*. 1967; (10): 37-9.
23. Минаков В.Ф., Генкин А.Г., Лоскутова Г.В. Характеристика контингента врачей поликлиники и стационара и некоторые факторы, определяющие их отношение к своей профессиональной деятельности. В кн.: *Научная организация труда в амбулаторно-поликлинических учреждениях*. Материалы Всесоюзного семинара. Новополюцк, БССР, 24-25.07.1980. М.: 1980; 187-92.
24. Димов А.С. *Классификация и анализ причин диагностических ошибок на догоспитальном этапе ведения больных внутренними заболеваниями*. Казань; 1982.
25. Димов А.С. Причины диагностических ошибок объективного характера. *Казанский медицинский журнал*. 1982; (5): 32-5.

26. Новоселов В.П., Канунникова Л.В. Комплексная оценка надлежащего оказания медицинской помощи. *Проблемы экспертизы в медицине*. 2005; (4): 4-9.
27. Бирюков Б., Швырев В. *Логические ошибки. Философская энциклопедия*. М.: Политиздат; 1964; (3): 234-6.
28. Давыдовский И.В. Врачебные ошибки. *Большая медицинская энциклопедия*. М.: 1928; 5: 697-700.
29. Димов А.С. О причинах диагностических ошибок при распознавании заболеваний внутренних органов. *Казанский медицинский журнал*. 1980; (4): 66-70.
30. Лещинский Л.А., Димов А.С. О некоторых путях оптимизации диагностического мышления врача. *Клиническая медицина*. 1983; (10): 127-31.
31. Чазов Е.И. Врачевание в прошлом и настоящем. Что мы приобрели и что теряем? *Терапевтический архив*. 2009; (5): 9-14.
32. Димов А.С. К методологии классифицирования врачебных ошибок (по поводу статьи Ю.Т. Коморовского) «Методологические основы изучения ошибок в хирургии» *Клиническая хирургия*. 1978; (3): 61-4.
33. Димов А.С. Врачебная ошибка: обоснованность дефиниции и классификация. *Проблемы экспертизы в медицине*. 2008; (1): 5-8.
34. Старченко А.А. *Руководство по защите прав пациентов (застрахованных лиц)*. СПб.: Диалог; 2002.
35. Димов А.С., Волкова О.А., Максимов Н.И. Клинико-организационные и некоторые деонтологические аспекты ведения больных с внебольничной пневмонией тяжелого течения. *Клиническая медицина*. 2008; (9): 39-42.
36. Димов А.С. Современные проблемы деонтологии. *Клиническая медицина*. 2010; (4): 30-4.
37. Димов А.С. Социология врача: между идеальным и реальным – опыт XX века (обзор литературы). Часть I. О методологии и методиках познания статуса врача до становления социологии медицины. *Социология медицины*. 2015; 14(2): 9-15.
38. Молль А. *Врачебная этика* (перевод с немецкого). СПб.; 1903.
- Поступила 22.09.2016  
Принята в печать 25.05.2018
- #### REFERENCES
1. Tsimmerman Ya.S. Medical credo. *Klinicheskaya medicina*. 2015; (1): 6-12. (in Russian)
  2. Elstein N.V. The modern view of medical errors. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2005; (8): 66-92. (in Russian)
  3. Dimov A.S., Viter V.I., Nevolin N.I. *Medical diagnostic thinking: defects and ways of optimization*. Yekaterinburg-Izhevsk: "Ekspertiza"; 2004. (in Russian)
  4. Dimov A.S., Maksimov N.I. General aspects of quality of diagnostics. *Klinicheskaya medicina*. 2008; (6): 73-6. (in Russian)
  5. Dimov A.S., Viter V.I. Problems of the quality of medical diagnosis. A training manual with a signature stamp dated 04.04.2007. Izhevsk; 2008. (in Russian)
  6. Farber E.V., Sergeev Yu.D., Shurupova R.V. The sociological and legal aspects of mistakes made by doctors and patients. *Sociologiya mediciny*. 2015; 14(2): 16-20. (in Russian)
  7. Chazov E.I., Tsaregorodtsev G.I., Krotkov E.A. Experience of the philosophical and methodological analysis of medical diagnostics. *Voprosy filosofii*. 1986; (9): 65-85. (in Russian)
  8. Abayev Yu.K. Original and imaginary progress of diagnosis of diseases in clinical medicine. *Klinicheskaya medicina*. 2010; (5): 65-9. (in Russian)
  9. Doskin V.A., Doranova E.A., Kartava R.A. Medical errors and conflicts in clinical practice. *Klinicheskaya medicina*. 2014; (4): 57-63. (in Russian)
  10. Mahabetchin M.M. Medical error and punishment are incompatible. *Klinicheskaya medicina*. 2015; (5) 72-6. (in Russian)
  11. Komorovskiy Ju.T. Methodological foundations for the study of errors in surgery. *Klinicheskaya hirurgiya*. 1976; (9): 54-62. (in Russian)
  12. Chazov E.I. Public health care and its role in social and economic progress. *Terapevticheskiy arkhiv*. 1983; (12): 3-7. (in Russian)
  13. Chazov E.I. Primary medical care – a basis of strengthening of health of the nation. *Terapevticheskiy arkhiv*. 1988; (10): 3-6. (in Russian)
  14. Chazov E.I. Problem of primary and secondary prevention of cardiovascular diseases. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2002; (9): 5-8. (in Russian)
  15. Chazov E.I. Today and tomorrow cardiology. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2003; (9): 11-8.
  16. Andrianova E.A., Tikhonova S.V., Iorina I.G. Institutional changes of PR of medicine in modern Russia. *Sociologiya meditsiny*. 2008; (1): 14-7. (in Russian)
  17. Krupyanko S.M. Quality of medical care: last present future (review of literature). *Byulleten NCSSKH im. A.N. Bakuleva RAMN* 2009; (3): 68-78. (in Russian)
  18. Izmerov N.F. National system of medicine of work as a basis of preservation of health of the working population of Russia. *Zdravooхранenie Rossiyskoy Federatsii*. 2008; (1): 7-8. (in Russian)
  19. Gerasimenko N.F. Supermortality of the population – the main demographic problem of Russia in the context of the European tendencies of health. *Zdravooхранenie Rossiyskoy Federatsii*. 2009; (3): 10-4. (in Russian)
  20. Potapov A.I. Only healthy Russia can become strong. *Zdravooхранenie Rossiyskoy Federatsii*. 2009; (2): 3-7. (in Russian)
  21. Kartashov V.T., Fisun A.Ya., Kryukov A.E., Baksheev V.I. Quality management of medical care results of work of an out-patient and polyclinic link of establishment *Klinicheskaya meditsina*. 2008; (12): 55-61. (in Russian)
  22. Elstein N.V. Questions of the scientific organization of work and management in health care. *Sovetskoe zdravooхранenie*. 1967; (10): 37-9. (in Russian)
  23. Minakov V. F., Genkin A.G., Loskutova G.V. The characteristic of the contingent of doctors of polyclinic and a hospital and some factors defining their relation to the professional activity. In: *Nauchnaya organizatsiya truda v ambulatorno-poliklinicheskikh uchrezhdeniyah. Materialy Vsesoyuznogo seminar*. Novopoltok: BSSR, 24-25.07.1980. Moscow; 1980: 187-92. (in Russian)
  24. Dimov A.S. Classification and analysis of the causes of diagnostic errors prehospital management of patients with internal diseases. Kazan; 1982. (in Russian)
  25. Dimov A.S. Causes of diagnostic errors objective character. *Kazanskiy medicinskiy zhurnal*. 1982; (5): 32-5. (in Russian)
  26. Novoselov V.P., Kanunnikova L.V. Integrated assessment of improper medical care. *Problemy jekspertizy v medicine*. 2005; (4): 4-9. (in Russian)
  27. Birjukov B., Shvyryov V. Logical errors. *Filosofskaya ehnciklopediya*. M.: Politizdat; 1964; 3:234-6. (in Russian)
  28. Davydovskiy I.V. Medical error. *Bol'shaya medicinskaya jenciklopediya*. Moscow: 1928; 1: 697-700. (in Russian)
  29. Dimov A.S. On the causes of diagnostic errors in the recognition of diseases of the internal organs. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 1980; (4): 66-70. (in Russian)
  30. Leshhinskij L.A., Dimov A.S. On some ways to optimize diagnostic thinking of the doctor. *Klinicheskaya meditsina*. 1983; (10): 127-31. (in Russian)
  31. Chazov E.I. Healing of past and present. What we purchased and what we are missing? *Terapevticheskiy archive*. 2009; (5): 9-14. (in Russian)
  32. Dimov A.S. To the methodology of classification of medical errors (regarding the article by Y.T. Komorowski) "Methodological foundations for the study of errors in surgery" *Klinicheskaya hirurgiya*. 1978; (3): 61-4. (in Russian)
  33. Dimov A.S. Medical error: the validity of the definition and classification. *Problemy jekspertizy v medicine*. 2008; (1): 5-8. (in Russian)
  34. Starchenko A.A. *Management for the protection of patients' rights (insured)*. St. Petersburg: Dialog; 2002. (in Russian)
  35. Dimov A.S., Volkova O.A., Maksimov N.I. Clinical and some organizational and ethical aspects of management of patients with community-acquired pneumonia severe. *Klinicheskaya meditsina*. 2008; (9): 39-42. (in Russian)
  36. Dimov A.S. Modern problems of deontology. *Klinicheskaya meditsina*. 2010; (4): 30-4. (in Russian)
  37. Dimov A.S. Sociology of the doctor: between ideal and real – experience of the XX century (the review of literature). Part I. About methodology and techniques of knowledge of the status of the doctor before formation of sociology of medicine. *Sociologiya meditsiny*. 2015; 14(2): 9-15. (in Russian)
  38. Mol A. *Medical ethics* (translation from German). [Vrachebnaya etika (perevod s nemetskogo)]. St. Petersburg: 1903. (in Russian)