



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ



АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО

Под редакцией
акад. РАН А.А. Бунятына,
проф. В.М. Мизикова

Подготовлено под эгидой Федерации анестезиологов
и реаниматологов и Ассоциации медицинских обществ по качеству



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2017

Глава 2

Этические и юридические проблемы анестезиологии¹

В главе изложены морально-правовые проблемы, особенно часто встречающиеся в повседневной клинической практике врачей-анестезиологов. Эти специалисты работают в тесном контакте с другими представителями медицины критических состояний.

За последние 50 лет в мире произошли четыре медико-социальные революции, отразившиеся на этических и юридических проблемах всей медицины. Ниже перечислены эти революции (курсивом выделены положительные следствия данной медико-технической революции, прямым шрифтом — отрицательные или сомнительные).

- Рост техницизма в диагностике и лечении:
 - ✧ *расширение курабельности;*
 - ✧ рост безопасности при снижении осмысления;
 - ✧ сокращение психологического контакта.
- Медико-индустриальный комплекс с ростом взаимной анонимности:
 - ✧ *улучшение и ускорение результатов лечения;*
 - ✧ приоритет соматики над психикой;
 - ✧ сокращение психологического контакта.
- Здоровье — это товар со всеми его свойствами:
 - ✧ *борьба за качество;*
 - ✧ рост рекламы;
 - ✧ снижение доверия к медицине.
- Приоритет стандартов и протоколов:
 - ✧ *защита для больных;*
 - ✧ усредненность больного;
 - ✧ сокращение психологического контакта.

В этой главе прикладные аспекты медицинского права и этики будут ориентированы на работу врачей-анестезиологов.

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

Слова «этика» и «мораль», а также «этический» и «нравственный» нередко используют как синонимы. Они отражают близкие, но все же разные понятия, поэтому необходимо привести краткую терминологию.

Этика — наука о морали.

Мораль — совокупность норм и правил поведения в данное время и в данном обществе.

¹ Полную (несокращенную) версию главы см. на компакт-диске.

Деонтология — правила и принципы поведения человека в профессиональной обстановке и активности.

Аксиология — учение о моральных ценностях, вошедших в культуру человека.

Взаимозависимость этих терминов можно представить такой схемой (рис. 2-1).

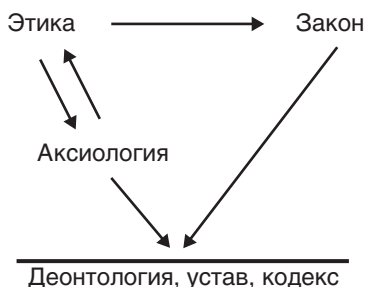


Рис. 2-1. Взаимосвязь терминов (схема).

Специфика анестезиологии, влияющая на морально-правовые проблемы

Специфика анестезиологии, определяющая особенности морально-правовых проблем:

- ✧ нередкая экстремальность ситуации;
- ✧ трудности в реализации психологического контакта;
- ✧ инвазивные методы исследования и лечения;
- ✧ тяжесть состояния больных, вплоть до полиорганной недостаточности;
- ✧ мультидисциплинарность патологии, когда больного ведут несколько специалистов.

Деонтология (от греч. «δεον» — «должное») — рассуждение о том, как должно поступать в той или иной ситуации и как поступать нельзя, т.е. деонтология — это устав, собрание правил, описывающих, как следует поступать и как поступать нельзя.

Такое понимание деонтологии исключает свободу воли: человек поступает именно так, а не иначе потому, что этого требуют правила, инструкции, закон. Мораль тоже ограничивает поступки человека, но он действует так, а не иначе не потому, что опасается наказания, а потому, что не может поступить по-другому в силу своих внутренних убеждений и накопленных моральных ценностей.

Деонтологию взамен медицинской этики ввел в СССР академик Николай Николаевич Петров (1876–1964), выдающийся ученый, основоположник отечественной онкологии, вполне заслуженно имевший множество почетных и научных званий. Он ввел этот термин как замену врачебной этики в середине XX в., когда врачебная этика считалась буржуазной наукой и не поощрялась властью.

По сути дела, деонтология Н.Н. Петрова воспитывала у хирургов стремление делать добро и не делать зла, т.е. требовала поступков по совести.

В современном Кодексе российского врача есть ст. 21, в которой имеются такие требования.

- Ответственность за нарушение профессиональной этики определяется уставами территориальных и профильных ассоциаций врачей.
- Первый судья врача — собственная совесть.
- Второй — медицинское сообщество, которое в лице врачебной ассоциации имеет право наложить на нарушителя взыскание в соответствии со своим уставом и иными документами.

Если нарушение этических норм одновременно затрагивает и положения действующего законодательства Российской Федерации, врач несет ответственность по закону.

Этический комитет: цели и задачи

Этический комитет (комиссия) — общественный орган, рассматривающий проблемы медицинской этики и морали, главным образом, в тех ситуациях, которые не описаны или нечетко описаны в законе.

Ни прямое нарушение закона, ни общечеловеческие аморальные поступки не являются предметом для обсуждения их этическим комитетом. Этический комитет — рекомендательный и консультативный орган.

Законодательная база для создания этических комитетов в виде ст. 16 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (ОЗОЗ) появилась в 1993 г. и была приведена в соответствие с другими законами в 1994 г.

Задачи этического комитета можно сформулировать так:

- ✧ обсуждение спорных этических проблем обследования и лечения больных, включая объем, инвазивность и стоимость применяющихся средств и методов;
- ✧ контроль соблюдения прав больных в соответствии со ст. 30 («Права пациента») «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»;
- ✧ определение принципов ведения больных, находящихся в критическом (терминальном) состоянии, и инкурабельных больных с учетом принципа «стоимость–эффективность»;
- ✧ регламентация клиничко-экспериментальных исследований, а также внедрения новых методов диагностики и лечения в соответствии со ст. 43 ОЗОЗ;
- ✧ регламентация принципов, практики и пределов обучения студентов и врачей на больных;
- ✧ контроль преподавания основ медицинской этики студентам и врачам в ходе их обучения на кафедрах медицинского факультета и клинических базах;
- ✧ рассмотрение медицинских проблем, пограничных между этикой и законом, т.е. между моральной и юридической ответственностью.

Следует заметить, что этический комитет должен работать именно в тех медицинских ситуациях, которые недостаточно регламентированы законом, а таких зон особенно много в анестезиологии и остальной медицине критических состояний (МКС). Технологизация лечебно-диагностического процесса и связанная с этим деперсонализация больных, свойственные МКС, добавляют работы этическим комитетам.

Естественное и позитивное право: связь между этической и юридической ответственностью

Эти понятия впервые разработаны врачом, педагогом и философом Джоном Локком (J. Locke, 1632–1704). Они могут служить переходным этапом между этикой (моралью) и законом.

Естественное право — совокупность свойств, принципов, нормативов, связанных с природой человека, а не с государственными правилами и законами, введенными и контролируемые властью.

Позитивное же право (лат. *positive* — «установка», «утверждение», «постановление») — это установленные властью правила как необходимое дополнение к естественным правам человека. Поскольку мораль у людей может быть разной, требуется установить, утвердить позитивное право, обеспечивающее реализацию естественного права всех людей и всего общества.

Естественное право по Дж. Локку включает три главных права: на жизнь, на свободу и на собственность, и сформулированные им положения вошли во многие конституции и декларации, например: «Люди рождаются свободными и равными в своих правах» (Декларация независимости США).

Позитивное право, вводимое государственными законами, — необходимая составная часть юриспруденции. Что касается проблем медицинского права, то необходимо разумное сосуществование в нем элементов естественного и позитивного права.

Основные свойства этих двух видов права представлены в табл. 2-1.

Таблица 2-1. Основные свойства естественного и позитивного права

Естественное право	Позитивное право
Происходит от естества, природы человека	Искусственное создание государственной власти
Преимущественно индивидуальное право	Исключительно общественное право
Более древнее явление	Появилось вместе с государством
Закреплено, главным образом, в морали, традициях	Обязательное письменное оформление пунктов закона
Ближе к культуре, высшим идеалам	Ближе к статистике, прагматизму
Создает предпосылки к изменению позитивного	Меняется под влиянием новых принципов естественного

ВИДЫ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Существуют следующие виды юридической ответственности:

- ✧ административная;
- ✧ дисциплинарная;
- ✧ гражданская;
- ✧ уголовная.

Моральная ответственность (этическая) не относится формально к проблемам права, но, конечно, прямо связана с ними.

Административная ответственность

Этот вид ответственности нередко уравнивают с дисциплинарной ответственностью, но, строго говоря, эти два вида ответственности регулируются разными кодексами. Административные правонарушения — область административного права, отрасли правоведения, регулирующего сферу деятельности органов исполнительной власти по надлежащему исполнению требований государства и муниципальных органов. Именно поэтому административная ответственность относится, главным образом, к органам здравоохранения, а не к медицинским работникам.

Административная ответственность регулируется Кодексом РФ об административных правонарушениях.

Дисциплинарная ответственность

Дисциплинарная ответственность относится к трудовому законодательству и предусматривает наказание за нарушение работником своих трудовых обязанностей. К таким нарушениям относят невыполнение правил внутреннего распорядка, прогулы и систематическую неявку на работу без уважительной причины, появление на рабочем месте в состоянии алкогольного опьянения, хищение имущества и т.п.

Дисциплинарная ответственность регулируется Трудовым кодексом РФ.

Меры дисциплинарного взыскания: замечания, выговор, увольнение.

Гражданско-правовая ответственность

Этот вид ответственности регулируется Гражданским кодексом (ГК) РФ.

Гражданская, или гражданско-правовая, ответственность — вид юридической ответственности, при которой к правонарушителю применяются меры воздействия, установленные законом или договором. Эти меры включают возмещение убытков, уплату неустойки, штрафа, пени, возмещение причиненного морального

и иного вреда. В отличие от уголовной ответственности, гражданская ответственность распространяется не только на физических лиц (медицинские работники), но и на юридические лица (лечебные учреждения). В соответствии со ст. 1068 ГК РФ лечебное учреждение (юридическое лицо) возмещает вред, причиненный его работниками. После возмещения больному или его наследникам материального ущерба учреждение может в регрессном порядке потребовать возмещения ущерба от работника, виновного в причинении ущерба.

Объем и характер возмещения вреда, причиненного повреждением здоровья гражданину, описан в ст. 1085 ГК: больному должен быть возмещен и утраченный больным заработок (доход), и расходы на лечение, дополнительное питание, уход, санаторно-курортное лечение, протезирование, приобретение специального транспорта, переподготовку к другой профессии и т.п.

Порядок исчисления утраченного дохода пострадавшего больного четко определен в ст. 1086 ГК.

Уголовная ответственность

Этот вид ответственности регулируется Уголовным кодексом (УК) РФ.

В соответствии со ст. 8 УК основанием для привлечения граждан к уголовной ответственности «является совершение деяния, содержащего все признаки состава преступления, предусмотренного настоящим Кодексом».

Наиболее частые статьи УК РФ, применяемые в практике врачей, в том числе анестезиологов, таковы.

Статья 26: «Преступление, совершенное по неосторожности».

- Преступлением, совершенным по **неосторожности**, признается деяние, совершенное по легкомыслию или небрежности.
- Преступление признается совершенным по **легкомыслию**, если лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение этих последствий.
- Преступление признается совершенным по **небрежности**, если лицо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), хотя при необходимости и предусмотрительности должно было и могло предвидеть эти последствия.

Причинение вреда здоровью больного

Возникновение осложнений в ходе диагностики, лечения и реабилитации, анестезиологического пособия, повлекших за собой тяжкий или средней тяжести вред здоровью больного, квалифицируется по ст. 118 УК РФ, в которой описаны обстоятельства, часто встречающиеся в медицинской практике и подходящие под описание ст. 26 УК РФ, изложенной выше.

Причинение смерти по неосторожности определяется условиями, описанными в ст. 109 УК РФ, содержащими признаки небрежности или самонадеянности, рассмотренные в ст. 26 УК РФ — «Преступление, совершенное по неосторожности» (см. выше).

Следующая по частоте применения в медицинской практике статья — ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи больному».

Ст. 293 — «Халатность» — имеет п. 2, в котором описана смерть по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения обязанностей должностным лицом. Эта статья едва ли может быть отнесена к врачу, работающему с больным в палате, операционной и т.д. Она относится к должностным лицам, которые обязаны обеспечить нормальные условия для оказания медицинской помощи. По Ю.Д. Сергееву, должностными лицами считаются работники, постоянно или временно осуществляющие функции представителей власти и имеющие

организационно-распорядительные и административно-хозяйственные обязанности. Должностные лица в медицине — главные врачи и их заместители, заведующие отделениями, сотрудники органов здравоохранения и др.

Морально-правовые проблемы, важные для анестезиологов

Конкретные морально-правовые проблемы, важные для анестезиологов, можно систематизировать следующим образом:

- ✧ ятрогенные повреждения — актуальная проблема критической медицины;
- ✧ защита прав пациентов в экстремальных условиях;
- ✧ морально-правовые аспекты осложнений;
- ✧ юридическая квалификация несчастного случая, врачебной ошибки;
- ✧ защита прав анестезиологов и анестезистов;
- ✧ правовая культура анестезиолога.

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ — АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА КРИТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Применяемые в медицине методы становятся все более инвазивными, а сама медицина — все более агрессивной. Совершая эту агрессию, медицина имеет благие намерения: сократить число неизлечимых в недалеком прошлом больных, внедриться в ранее недоступные зоны организма, но все это происходит под защитой анестезиологического пособия и интенсивной терапии, включающих искусственное замещение многих жизненных функций.

Терминология

Когда-то ятрогенией (от греч. ιατρος — «врач» и γένεα — «рождаю») называли заболевание, возникающее как реакция на неправильно истолкованные больным слова или поведение врача, на прочитанные книги, газеты. В отечественную литературу и сам термин, и его «психогенное» толкование внес Р.А. Лурия своей небольшой книгой «Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания» (1939).

Учитывая важность последующего юридического анализа ятрогении и необходимость четких формулировок в юриспруденции и смежных с ней областях, можно считать наиболее подходящим такое определение: ятрогенное повреждение — это неумышленное или неизбежное повреждение функции или структуры организма, вызванное медицинскими действиями.

Пример неумышленного повреждения — повреждение легких при массивной гемотрансфузии, пример неизбежного — опасные проявления дисбактериоза из-за антибиотикотерапии.

При таком понимании ятрогении с ней не следует отождествлять врачебную ошибку, несчастный случай, неумышленное причинение вреда здоровью и другие понятия. Они могут иметь отношение к разбору ятрогенного повреждения, но не к его сути.

Юрист А.В. Тихомиров (2000) считает, что ятрогения — понятие, сложившееся в рамках этики и деонтологии, а для юридической практики он предлагает словосочетание «ятрогенный деликт» (лат. *«delictum»* — «проступок», «правонарушение»).

Ятрогенный деликт конкретизирует наличие правонарушения, в отличие от ятрогении, которая могла бы быть квалифицирована как небольшое прегрешение, возникшее от медицинских действий. В условиях медицины, использующей все более агрессивную медицинскую технологию, необходимо защитить врача от ответственности за агрессивность медицины — именно на это нацелено приведенное выше определение ятрогении.

Классификация ятрогенных повреждений

Ятрогенные повреждения в анестезиологии можно традиционно разделить на 3 группы.

Связанные с диагностическими процедурами: инструментальные повреждения бронхоскопами и другими диагностическими приборами, радиационные повреждения при рентгено- и радиологических исследованиях, аллергические и токсические реакции на контрастные вещества и тест-препараты.

Связанные с лечебными действиями: передозировка анестетиков и других лекарств, аллергические реакции на медикаменты, включая лекарственный анафилактический шок (в анестезиологии около 70% лекарственных шоков вызваны миорелаксантами), пункционные, инъекционные, инфузионные, интубационные и многие другие повреждения органов и функциональных систем, операционный стресс и механическое повреждение органов при хирургических операциях и агрессивных процедурах.

Связанные с психологическими дефектами: недостаточный психологический контакт с больным; отсутствие согласования по видам и объему лечения с больным или его представителями; синдром отделения интенсивной терапии (СОИТ).

Более современна классификация ятрогении, основанная не столько на ее этиологии, сколько на патогенезе и даже танатогенезе ятрогении.

Патогенетическая классификация

Ятрогенная патология возникает в связи с одним из трех эффектов или с их комплексом:

- ✧ **неизбежное** действие самого метода (например, всякая операция дает операционный стресс, всякая массивная инфузия повреждает легкие, систему крови, всякая реанимация дает реперфузионные повреждения и т.п.);
- ✧ действие **избыточной** дозы или режима (в том числе при недооценке индивидуальной чувствительности больного);
- ✧ влияние **погрешностей** процедуры (например, введение интубационной трубки в пищевод, механические повреждения глотки и др.).

Этическая и юридическая оценка ятрогении

Со своего первого появления термин «ятрогения» получил оттенок виновности врача. Если в давние времена этот оттенок имел этический смысл («врач не умеет разговаривать с больным»), то в век преобладания прагматизма во всех сферах человеческих контактов ятрогению чаще оценивают с позиций права.

Казалось бы, при неизбежном ятрогенном поражении (I) врач не может считаться виновным, тогда как при неправильной дозировке (II) и тем более при погрешностях процедуры (III) врач всегда виновен. И в ситуации I он может оказаться виноватым, если знал о возможном ятрогенном эффекте, но не предпринял никаких профилактических мер. При II и III видах ятрогении он может оказаться и невиновным: все зависит от условий, в которых была выполнена работа. Если была спокойная обстановка, должное оборудование и кадры — одна оценка ятрогении. А если наоборот — ситуация экстремальная, одновременное поступление многих больных с места катастрофы, негодное оборудование, неумелые помощники — юридическая оценка ятрогенного осложнения может быть совсем иной.

Очевидно, по своей сути ятрогения далеко не всегда является следствием ошибки, небрежности, легкомыслия, халатности, т.е. деяний, за которые предусмотрена административная, дисциплинарная, гражданско-правовая и уголовная ответственность. Очень часто ятрогения проистекает из самой сущности современной агрессивной медицины, и это следует знать и понимать и больным, и врачам-анестезиологам, и администраторам, и юристам.

В ведении больных ликвидация гиповолемии, проведение искусственной вентиляции легких, массивная трансфузионная терапия, сердечно-легочная реанимация — все эти и многие другие методы, даже при безупречном их исполнении, могут вызывать новое повреждение структур и функций организма. Если это новое поражение более неприятно или опасно, чем то, для устранения которого были предприняты вызвавшие ятрогению действия, то не следует удивляться недовольству и претензиям больных, их родственников, администраторов, юристов.

Недовольство можно отнести к эмоциям и подойти к их рассмотрению только с этических позиций, но претензии все чаще приходится оценивать с позиций права. Именно поэтому необходимо установить, какие ятрогенные поражения могут ограничиться этическими рассуждениями, а какие требуют правовой оценки.

Ятрогения — это дополнительная патология, причинение вреда здоровью при выполнении медицинских действий. С другой стороны, этот вред может быть неизбежен в силу специфики устраняемой патологии или самого метода анестезии или интенсивной терапии, примененных вполне обоснованно. Никакой виновности анестезиолога или иного медицинского работника не предусмотрено, если соблюдены следующие условия:

- ✧ больной был полностью информирован о возможности ятрогенного поражения и дал осознанное информированное согласие на применение метода(ов) анестезии и интенсивной терапии;
- ✧ врач не мог в силу объективных обстоятельств применить менее инвазивный или более безопасный метод для устранения конкретной патологии;
- ✧ была учтена индивидуальная чувствительность больного или иные его особенности, которые могли бы вызвать и усугубить ятрогенное поражение;
- ✧ были предприняты профилактические меры предупреждения или сокращения ятрогенной патологии, проведен рациональный мониторинг, были применены оптимальные методы устранения возникшего ятрогенного поражения;
- ✧ данный вид ятрогении не мог быть прогнозирован, но мониторинг и общие меры безопасности были предусмотрены.

Можно считать, что при соблюдении названных пяти условий в возникновении, неблагоприятном течении и исходе ятрогенной патологии нет вины врача, за которую он должен был бы нести юридическую ответственность. Врач, из-за действий которого произошло ятрогенное поражение, несмотря на соблюдение упомянутых условий, не подлежит никакой ответственности, в том числе дисциплинарной или административной. Нередко при наличии жалобы больного или его родственников администратор объявляет врачу выговор, чтобы остановить на этом этапе дальнейшее разбирательство. Такой путь в любом случае неправилен, прежде всего потому, что медицинский риск должны осознавать все, включая широкие массы населения. Кроме того, административное наказание подразумевает виновность врача, а за этим могут последовать гражданский иск и другие юридические последствия. Российское законодательство различает понятия «риск» и «опасность». Допущение риска в действиях врача не тождественно поставлению в опасность, за которой может следовать юридическая ответственность.

В ряде случаев ятрогения может быть оценена как неумышленное причинение вреда здоровью с использованием соответствующих статей Гражданского кодекса РФ (ст. 503, 732, 737, 739, 783, 1064, 1067, 1073, 1074, 1083) и Уголовного кодекса РФ (ст. 26, 28, 41, 109, 118).

ЗАЩИТА ПРАВ ПАЦИЕНТОВ

Самоопределение и права больных

Во всем мире существует понятие о самоопределении граждан, и в частности пациентов. В анестезиологии и реаниматологии реализация многих пунктов самоопределения больных затруднена: например, активная самостоятельность пациентов в сохранении, восстановлении и упрочении своего здоровья, самоуважение пациента и воспитание уважения к законам, касающиеся и врачей, и пациентов, и всех прочих граждан страны.

Здесь представлены основные права пациентов в той форме, как они суммированы в ст. 30 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан».

Статья 30: «Права пациента». При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

- ✧ уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- ✧ выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- ✧ обследование и лечение, пребывание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- ✧ проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- ✧ облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- ✧ сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со ст. 61 настоящих «Основ»;
- ✧ информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со ст. 32 настоящих «Основ»;
- ✧ отказ от медицинского вмешательства в соответствии со ст. 33 настоящих «Основ»;
- ✧ получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии здоровья в соответствии со ст. 31 настоящих «Основ», а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- ✧ получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
- ✧ возмещение ущерба в соответствии со ст. 68 настоящих «Основ» в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
- ✧ допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- ✧ допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказана медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии либо в суд.

Морально-правовая оценка взаимоотношений «врач-пациент»

Существует четыре модели взаимоотношений врачей и больных, которые легко можно подвергнуть этической и юридической оценке, чтобы принять соответствующее решение.

Патерналистская модель подчеркивает, что главный принцип в современной медицине — патернализм, суть которого состоит в покровительстве, опеке, заботе о благе ближнего, причем благо оценивается и понимается только с позиций заботящегося. В соответствии с этой моделью врач дает указания больному поступать именно так, а не иначе.

Патерналистская модель широко распространена в медицине, и ее главное достоинство — понятная больному четкость решений и действий. Однако, чтобы действовать только положительно, эта модель требует, по крайней мере, двух немаловажных условий:

- ✧ врач должен быть твердо и обоснованно уверен в своих знаниях и правильности сделанного выбора, а не самодурствовать в упоении своим величием в глазах медицински неграмотного больного;
- ✧ для больного врач должен быть действительно авторитетен на основании его собственного предшествующего опыта или информации, полученной от других больных.

В свете современных представлений о медицинском праве можно отметить три главных недостатка такой модели взаимоотношений «врач-больной»:

- ✧ ограничение активности больного в понимании сути своей болезни и в инициативных поисках оптимальных методов излечения;
- ✧ эта модель в большей мере, чем другие, ограничивает права больного, оговоренные существующими законами;
- ✧ если в результате применения этой модели возникает конфликт, то юридическая ответственность лежит, как правило, только на враче-патерналисте, а не разделяется им с больным и коллегами, как бывает в других моделях.

Либерационная модель по своей сути противоположна патерналистской. Согласно такой модели, врач сообщает больному о сути патологии и методах ее устранения, оставляя выбор конкретного метода за самим больным.

Главное достоинство такой модели — стимуляция активного участия больного в своем лечении (это очень важно), а главный недостаток — сомнения больного, недостаточно грамотного в медицине, что нередко заставляет его обращаться к другим врачам.

При всех недостатках патерналистской модели она все же предпочтительнее либерационной, свидетельствующей об откровенной незаинтересованности врача в результатах своей работы, а чаще — о равнодушии как характерологической особенности врача.

Технологическая модель занимает в медицине все большее место, поскольку отражает две первые революции в медицине XX в. Согласно этой модели, взаимоотношения больного и врача весьма условны: и тот, и другой ориентируются на показания диагностического прибора и на наличие в больнице той или иной лечебной технологии. Это не реальный психологический контакт врача и больного, и при технологической модели можно было бы вообще обойтись без личного контакта.

Самой распространенной моделью прошлого во взаимоотношениях врача и больного была **интерпретационная модель**, суть которой укладывается в перевод латинского термина *interpretatio* — «разъяснение», «толкование», «посредничество». Врач обсуждает с больным не только суть болезни и существующие методы ее излечения. Он высказывается о прогнозе, об индивидуальных особенностях больного с учетом его характера, семейного положения, экономического состояния, выясняет и комментирует предпочтения больного. При этой модели

врач беседует с больным, не просто информирует его, а именно заинтересованно беседует.

Естественно, что анестезиолог может реализовать ее не всегда. Он должен стремиться к ее достижению до или после критического состояния, поскольку от этого зависит и его личный авторитет, и престиж специальности.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ СРЕДСТВ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Порядок применения новых средств в медицине изложен в ст. 43. ОЗОЗ: «Порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения, лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфицирующих средств и проведения биомедицинских исследований».

1. В практике здравоохранения используют методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

2. Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства можно использовать в интересах излечения пациента только после получения его добровольного письменного согласия.

3. Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства можно использовать для лечения лиц, не достигших возраста 15 лет, только при непосредственной угрозе их жизни и с письменного согласия их законных представителей.

Порядок применения указанных в частях 2-й и 3-й настоящей статьи методов диагностики, лечения и лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств, в том числе используемых за рубежом, устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации или иными уполномоченными на то органами.

Проведение биомедицинского исследования допускается в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения и должно основываться на предварительно проведенном лабораторном эксперименте.

Любое биомедицинское исследование с привлечением человека в качестве объекта можно производить только после получения письменного согласия гражданина. Гражданин не может быть принужден к участию в биомедицинском исследовании.

При получении согласия на биомедицинское исследование гражданину должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Гражданин имеет право отказаться от участия в исследовании в любой его стадии.

Пропаганда, в том числе средствами массовой информации, методов профилактики, диагностики, лечения и лекарственных средств, не прошедших проверочных испытаний в установленном законом порядке, запрещается. Нарушение указанной нормы влечет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Клинические эксперименты в анестезиологии

Что касается проведения клинических экспериментов в анестезиологии и МКС, то сначала следует ознакомиться с международной регламентацией этой проблемы.

Принципы проведения экспериментов на людях. Нюрнбергский кодекс

- Требуется добровольное согласие человека после того, как он полностью информирован о существе эксперимента.
- Целью эксперимента должно быть получение результатов, важных для блага человечества, если эти результаты не могут быть получены иным путем.

- Эксперименту на человеке должны предшествовать эксперименты на животных.
- Эксперимент не должен вести к смерти или увечью человека, если объектом исследования не является сам экспериментатор.

Самая подробная регламентация экспериментов на людях, в том числе клинических, сделана в Хельсинкской декларации, принятой в 1964 г. 18-й Всемирной медицинской ассамблеей и впоследствии трижды дополнявшейся несколькими другими всемирными медицинскими ассамблеями. Согласно этой декларации, все медицинские действия могут быть разделены на три группы, как это впервые было четко сформулировано в 1981 г. в Международных рекомендациях для медико-биологических исследований на людях по результатам опроса министров здравоохранения и деканов медицинских факультетов 100 развитых стран:

- ✧ проверенная медицинская практика;
- ✧ непроверенная медицинская практика, т.е. клинический эксперимент, направленный на лечение и на благо данного конкретного больного; по Хельсинкской декларации — «медицинские исследования, сочетающиеся с оказанием медицинской помощи (клинические)»;
- ✧ эксперимент, выполняющийся на здоровых людях или на больных, не имеющий отношения к благу данного больного, но направленный на благо будущих больных — «медико-биологические исследования на людях, не преследующие лечебной цели (неклинические)».

Таким образом, словом «эксперимент» обозначают применение средства или метода, не имеющего официального разрешения для применения и недостаточно изученного. Однако и апробированная клиническая практика, ее средства и методы, разрешенные и считающиеся обычными, в условиях критического состояния и полиорганной недостаточности могут дать и часто дают совершенно не те результаты, которых ожидали. Именно поэтому любое медицинское действие в условиях МКС, включая анестезиологию, должно укладываться в 4-этапный клинико-физиологический анализ: функциональное исследование («что это»), определение физиологического механизма («отчего это»), выбор и проведение нового метода анестезиологии и интенсивной терапии («что делать») и функциональный контроль результата («что стало»). Следовательно, клинико-физиологический анализ имеет все черты клинического эксперимента, который, таким образом, повседневно встречается в практической деятельности в условиях МКС, хотя и не называется так.

Этические и юридические требования к клиническим экспериментам в анестезиологии и медицине критических состояний

Для проведения и оформления клинического эксперимента в анестезиологии необходимо обдумать и выполнить следующие требования:

- ✧ обсудить четкий план проведения эксперимента, отражающий главные цели (конкретное благо данного больного или будущих больных);
- ✧ научно обосновать необходимость эксперимента;
- ✧ полностью проинформировать больного о целях эксперимента, вселить уверенность в его компетентности и получить осознанное согласие пациента на проведение эксперимента;
- ✧ заранее обдумать схему применения средств, обеспечивающих безопасность больного в ходе проведения эксперимента;
- ✧ представить план проведения эксперимента в региональный этический комитет (т.е. предварительно согласовать с ним), после эксперимента представить этическому комитету отчет.

Анестезиологи уже начинали регламентацию клинических экспериментов: в 1966 г. вышла статья известного врача и ученого Генри К. Бичера (H.K. Beecher,

1904–1976), первого профессора и заведующего кафедрой анестезиологии Гарвардского университета, где 16 октября 1846 г. состоялся первый эфирный наркоз; упомянутая статья 1966 г. была посвящена этическим нарушениям при клинических экспериментах.

Специфические черты анестезиологии как составной части МКС, рассмотренные выше, делают понятными основные проблемы в соблюдении требований к проведению клинических экспериментов в этих условиях.

Получение согласия больного

Главная трудность — невозможность получить осознанное информированное согласие, для которого требуется соблюдение хотя бы трех условий:

- ✧ больной должен быть способен осознать информацию, чтобы принять решение;
- ✧ эмоциональное состояние больного и его законных представителей должно быть пригодно для контакта;
- ✧ решение должно быть абсолютно добровольным.

Любое из этих трех условий может отсутствовать в МКС, и тогда допустимы законные исключения, касающиеся неотложной медицинской помощи, когда немедленным согласием можно пренебречь:

- ✧ при экстренных ситуациях, опасных для жизни;
- ✧ при невозможности психологического контакта;
- ✧ при недостатке времени;
- ✧ при отсутствии альтернативных методов лечения.

Все это относится к осознанному согласию в получении медицинской помощи, но не к клиническому эксперименту, что совпадает далеко не всегда, хотя в анестезиологических условиях может совпадать.

Для подобных ситуаций существует понятие «специального» осознанного согласия, которых существует два вида — «отсроченное» и «заблаговременное».

Отсроченное согласие. После проведения срочных медицинских действий, независимо от их успешности или безуспешности, врач разъясняет больному или его законным представителям, что происходило с больным, когда были начаты срочные действия, и лишь теперь реализует все требования по информированию больного и получению осознанного согласия. В истории болезни делают запись о получении отсроченного согласия.

Заблаговременное согласие. Эта форма специального согласия на лечебные медицинские действия является по сути дела вариантом медицинского волеизъявления. Например, больного со склонностью к каким-то обострениям болезни информируют о возможных вариантах течения патологии и договариваются с ним о требуемых медицинских действиях, а также о применении экспериментальных методов. Такая форма согласия представляется вполне этичной и законной при условии доброго психологического контакта с пациентом.

Протокол клинического эксперимента, включающий его обоснование и цели, а также схему обеспечения безопасности больного, должен быть продуман и составлен заранее, тем более что сама суть клинического эксперимента тоже должна быть согласована с этическим комитетом заранее.

Морально-правовые проблемы эвтаназии

Этические и юридические проблемы эвтаназии следует обсудить потому, что ближе всех к реализации этой проблемы ставят обычно анестезиологию.

Контингент больных для эвтаназии

Применение эвтаназии можно обсуждать только для больных, умирающих в страданиях и муках, которые не удастся устранить другими методами, не ускоряющими наступление смерти и не вызывающими ее.

Следовательно, здоровых людей, уставших жить, или больных, не страдающих от своей болезни, а также страдающих, но не умирающих, нельзя даже рассматривать как возможных претендентов на эвтаназию.

Таким образом, эвтаназию можно обсуждать лишь по отношению к так называемым безнадежным больным, которые характеризуются следующими свойствами:

- ✧ они умрут в ближайшие дни или недели, независимо от применения любых известных методов медицины;
- ✧ наступление смерти у них сопровождается страданиями, не устранимыми обычными методами.

Отсутствие любого из этих двух признаков исключает рассмотрение проблемы.

Юридические аспекты

В последние годы юридические проблемы эвтаназии подверглись научному анализу юристами. Различные аспекты эвтаназии (в том числе юридические) обсуждены в десятке книг, вышедших на разных языках в первом десятилетии текущего века. Это работы хотя бы профессионалов, но, к сожалению, гораздо шире проблемы эвтаназии, в том числе медицинские и юридические, рассматриваются сегодня в средствах массовой информации.

Во многих странах (Великобритания, некоторые штаты США, Франция, Финляндия, Швеция и др.) законодательно разрешена пассивная эвтаназия в виде прекращения поддержки жизненных функций. Лишь в двух государствах разрешена активная эвтаназия: в Нидерландах (с 1992 г.) и в Бельгии (с 2006 г.). Есть попытки легализовать эвтаназию в Швейцарии, Израиле и других странах. Независимо от характера эвтаназии ее применение всегда оговаривают следующими обязательными условиями:

- ✧ исчерпаны все возможности устранения страдания больного средствами, не ведущими к смерти;
- ✧ имеется законодательно оформленное требование компетентного больного о применении к нему эвтаназии;
- ✧ решение принято после консультации с другим, независимым врачом.

В России любые виды эвтаназии безоговорочно запрещены ст. 45 ОЗОЗ.

Статья 45 «Запрещение эвтаназии»: медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии — удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни. Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Следовательно, в соответствии с действующей статьей ОЗОЗ, вслед за сознательным применением любого варианта эвтаназии в России должно последовать привлечение статей Уголовного кодекса РФ, относящихся к различным аспектам лишения жизни: ст. 105 — «Убийство», ст. 109 — «Причинение смерти по неосторожности», а также ст. 124 — «Неоказание помощи больному». Имеется, правда, несколько обстоятельств, которые позволяют продолжить рассмотрение проблем эвтаназии не только в этическом аспекте (это всегда можно и нужно делать), но и в юридическом.

Во-первых, ныне действующая ст. 33 ОЗОЗ позволяет больному отказаться от любого вида лечения, и в ней нет исключений для каких-то методов поддержания жизни. Более того, в статье упоминается, что «при отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия», и из дальнейшего текста следует, что отказ, подписанный гражданином или его представителем, может быть реализован.

Во-вторых, законодатель, выдвигая столь недвусмысленную формулировку запрета эвтаназии в ст. 45, мог иметь в виду не потребности и человеческие права

отдельного больного, а неготовность общества и медицины к проведению эвтаназии как системы. В этом смысле ст. 45, исключая и пассивную, и активную эвтаназию, является благом для здравоохранения страны, даже если отдельным лицам при этом будет нанесен ущерб. Это может быть уподоблено карантинным мероприятиям, когда права отдельных лиц могут быть ущемлены, но общество в целом выигрывает. При эвтаназии карантин устанавливается для защиты больных от неготовых к этому действию врачей.

МЕДИЦИНСКАЯ АГРЕССИЯ В ОПЕРАЦИОННОЙ И СХОДНЫХ МЕСТАХ: ЭТИЧЕСКИЕ И ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Самым опасным местом для неблагоприятного исхода раньше считали операционный блок. В повседневной медицинской практике в настоящее время операционная является подчас более спокойным местом, чем процедурный кабинет, машина «Скорой помощи» или приемный покой больницы. И уж тем более спокойным, чем отделение интенсивной терапии и реанимации.

Медицинская агрессия, чреватая осложнениями и неблагоприятными исходами, возникает в любых диагностических и лечебных кабинетах, и обеспечивать защиту от нее должны анестезиологи. Анестезиологическое пособие за несколько десятилетий прошло путь от хирургического обезболивания до управления жизненными функциями больного. Разноплановые аспекты работы анестезиологов можно систематизировать так:

- ✦ качество анестезиологического пособия в операционной и вне ее;
- ✦ обеспечение безопасности больного и анестезиолога;
- ✦ юридическая оценка неблагоприятных исходов в операционной.

Качество анестезиологического пособия в операционной и вне ее

Основные принципы и методы проведения анестезиологического пособия хорошо известны, и их соблюдение, scrupulous выполнение позволяет избежать многих осложнений. Существует, однако, много так называемых мелочей, с помощью которых анестезиологическое пособие становится не только безопасным, но и приятным, благодаря спокойному засыпанию и безмятежному пробуждению.

Понятие «приятность для больного» нелегко совместить с индустриализацией медицины, и задача анестезиолога в том и состоит, чтобы обеспечить безопасность больного и сделать это обеспечение приятным.

По крайней мере, два действия анестезиолога создают приятность для больного не столько в ходе анестезиологического пособия, сколько в ближайшие часы послеоперационного периода: упреждающая аналгезия и упреждающая седация. Не применив эти два метода в ходе анестезиологического пособия, анестезиолог едва ли подлежит юридической ответственности, но этической — безусловно. Кроме того, следует вспомнить о простом определении понятия «совесть» и о роли этого понятия в повседневной практике анестезиолога.

Упреждающая аналгезия и седация

Действия анестезиолога по управлению операционным стрессом и подавлению сознания при наркозе преследуют две цели: улучшение состояния больного в операционной и профилактику осложнений послеоперационного периода — как ближайшего, так и весьма отдаленного. Упреждающая аналгезия меньше влияет на качество анестезиологического пособия и проводится, главным образом, ради улучшения качества ближайшего послеоперационного периода.

Доказано, что местная анестезия, выполненная до первой боли, сокращает тяжесть послеоперационного болевого синдрома.

Упреждающая аналгезия может быть выполнена в виде местной блокады (инфильтрационная, проводниковая, эпи- и субдуральная анестезия), общей анал-

гезии (опиоиды, нестероидные противовоспалительные анальгетики) и комбинированной аналгезии. Главное требование — получить аналгезию до первой боли.

Есть исследователи, которые не считают метод упреждающей аналгезии эффективным, хотя и не видят от него вреда. Вероятно, упреждающая аналгезия требует более тонких методических подходов в разных условиях и у разных больных. Однако в настоящее время соблюдение принципа «аналгезия до первой боли» полностью укладывается в концепцию и анестезиологического пособия, и медицины в целом, и его необходимо повседневно использовать в анестезиологической практике, в том числе и для профилактики этических и юридических конфликтов.

Что касается упреждающей седации и транквилизации, то эти методы оправданы для профилактики двух описанных ниже осложнений, тоже проявляющихся в ближайшем послеоперационном периоде.

Сознание, сохраняющееся при общей анестезии. Это опасное осложнение анестезиологического пособия, ведущее к юридическим конфликтам, не только сохраняется, но и сегодня даже учащается. В абсолютном большинстве случаев сохранение сознания при общей анестезии происходит из-за слишком поверхностной анестезии. Тенденция же проводить анестезию поверхностно служит отражением все возрастающего числа амбулаторных и эндоскопических операций, когда по характеру операционной травмы больной может быть отпущен домой сразу после операции или к вечеру того же дня. Глубокая анестезия мешает этому, и чтобы соответствовать этим требованиям, анестезиологи стремятся к тому, чтобы вместе с наложением последнего шва больной полностью пришел в сознание.

При таком сохранении сознания больные слышали все, что происходило в операционной, а некоторые даже видели. Многие сохраняли тактильные ощущения, а четвертая часть больных испытывали боли, которые они могли локализовать. Большинство испытывали чувство беспомощности, а беспокойство, вплоть до ужаса, испытывала почти половина всех больных с сохраненным при общей анестезии сознанием.

По прошествии нескольких лет (в среднем — полтора года) эти больные испытывали тревогу, ночные кошмары, а их мнение о современной медицине и своем анестезиологе было соответствующим. Части больных требовалось специальное лечение в связи с так называемым посттравматическим стрессовым синдромом. Этот синдром включает нарушение сна, ночные кошмары, стремление избегать любых напоминаний об этом событии, заторможенность или повышенную возбудимость и страх смерти. Во многих случаях требуется длительное медикаментозное лечение и психотерапия.

Если анестезиолог соблюдает принцип управления операционным стрессом, то, в зависимости от продолжительности и характера операции, а также индивидуальных особенностей больного, он сумеет выбрать оптимальную глубину анестезии. При этом он не должен принципиально отвергать требования хирурга, чтобы больной к вечеру мог уйти домой (это не хирургическая блажь, а рациональный подход). Однако делать такое требование единственным мерилем действий анестезиолога было бы неправильным. С требованиями хирургов надо считаться до той черты, у которой кончается безопасность больного.

Есть весьма простой и вполне действенный выход: для профилактики сохранения сознания при операции надо использовать в премедикации препараты, которые уменьшают психологические реакции больных, — транквилизаторы.

Синдром отделения интенсивной терапии

Этот синдром описан сравнительно недавно, хотя существовал, видимо, давно, но под другими названиями, например «послеоперационный делирий».

Выделение такого синдрома необходимо сегодня потому, что он участился, хотя нередко проходит незамеченным из-за кратковременного пребывания больных

в отделениях интенсивной терапии. Вместе с тем своевременная профилактика и терапия СОИТ сравнительно легко позволяют предотвратить это серьезное осложнение МКС, сопровождающееся юридическими конфликтами.

Факторы риска СОИТ:

- ✧ обстановка ОИТ (шум, нарушение сна, осознание больным тяжести своего состояния);
- ✧ неустраненные вегетативные расстройства и болевой синдром;
- ✧ метаболические и гипоксические нарушения;
- ✧ обилие диагностических и лечебных действий;
- ✧ сопутствующая патология психики.

О начале СОИТ свидетельствуют следующие признаки:

- ✧ речевое возбуждение;
- ✧ необъяснимая депрессия;
- ✧ неадекватные просьбы, поступки.

Поскольку при бездействии персонала СОИТ прогрессирует, то необходимо сразу обращать внимание на эти признаки.

Профилактика и терапия синдрома отделения интенсивной терапии

Необходимо внимание к психике больного, чтобы не пропустить ранних признаков СОИТ. Меры, способствующие предупреждению и своевременному лечению СОИТ, можно систематизировать следующим образом:

- ✧ должный предоперационный контакт с больным;
- ✧ упреждающая аналгезия и седация;
- ✧ седация и транквилизация в СОИТ;
- ✧ особое внимание — детям, старикам, психопатам, алкоголикам, наркоманам, больным на ИВЛ, иногда не получающим никаких средств для ограничения сознания;
- ✧ при необходимости — участие психотерапевта.

Оптимальный уровень седации

Критерии оптимальной седации:

- ✧ отсутствие вопросов, но выполнение простых команд;
- ✧ сохранение кашлевого и глотательного рефлексов;
- ✧ адекватное дыхание и стабильная гемодинамика.

СОИТ пока редко становится поводом к возникновению юридического конфликта, но правовая культура населения растет.

ЮРИДИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ В ОПЕРАЦИОННОЙ

Смерть в операционной

Этот исход выглядит особенно драматично именно в операционной потому, что он происходит в ходе медицинских действий и потому обычно связывается с ними. До сих пор встречается термин «наркозная смерть». Передозировка общего анестетика как причина летального исхода в современной анестезиологии сравнительно редка, хотя именно ее с известными оговорками можно было бы назвать «наркозной смертью».

Физиологические механизмы осложнения, приведшие к смертельному исходу, должны быть детализированы по принципам клинико-физиологического анализа: не просто острая дыхательная недостаточность, а, например, бронхиолоспазм на фоне хронической бронхиальной астмы, вентиляционная недостаточность вследствие искаженного эффекта миорелаксантов, обструкция дыхательных путей из-за неправильного положения интубационной трубки, аспирационный синдром и т.п. Не недостаточность кровообращения, а брадиаритмия после введения деполаризующих миорелаксантов, гипертензивный криз или инфаркт миокарда (ИМ), гиповолемия в связи с кровопотерей и т.п.

От физиологических механизмов осложнения следует отличать причину его возникновения, среди которых наиболее частыми являются:

- ✧ негерметичность дыхательного контура;
- ✧ путаница шприцев и лекарств;
- ✧ дефекты интубации трахеи;
- ✧ дефекты инфузии;
- ✧ дефекты газоснабжения, клапанных коробок, дозировки анестетиков и других средств;
- ✧ дефекты мониторинга;
- ✧ обострение существующей хронической патологии.

Необходимо анализировать смертельные осложнения в операционной по следующим классификационным признакам:

- ✧ *главная причина осложнения* (человеческий фактор, отказ оборудования, дефекты организации);
- ✧ *физиологический механизм осложнения*, или нозологическая форма патологии;
- ✧ *танатогенез* — последовательность возникновения синдромов;
- ✧ *правильность и своевременность* лечебных действий;
- ✧ *прогностический критерий* (предвиделось ли осложнение).

Отметим важнейший тезис, служащий надежным предупреждением любым несчастьям в операционной: бывают малые операции, но не может быть малых наркозов, ибо вводный наркоз и пробуждение — это периоды, наиболее чреватые осложнениями, и они существуют при общей анестезии любой сложности и продолжительности.

Важный критерий юридической оценки — готовность бригады к осложнению: ее укомплектованность, оснащенность медикаментами, контрольно-диагностическим и реанимационным оборудованием. Продумывать это необходимо перед каждым анестезиологическим пособием, где бы оно ни выполнялось. Более того, при работе анестезиолога в «неприспособленных» местах (перевязочная, рентгенкабинет и т.п.) предварительная оценка готовности бригады к осложнению особенно важна.

Предупреждение неблагоприятных исходов в операционной

Можно выделить три этических и правовых принципа профилактики смерти в операционной, различающиеся по времени и точкам приложения действий.

Взаимоуважение анестезиологов и смежников. Нормальный психологический климат в больнице — важнейший фактор не только предупреждения операционных смертей, но и многих других рабочих неприятностей и несчастий. Нормальные взаимоотношения участников работы в операционной — важная база для профилактики осложнений и их успешной ликвидации.

Соблюдение стандартов. Впервые стандарты в медицине были введены в 1985 г. в Гарвардском университете для работы анестезиологов и сразу же дали положительный результат, при всей простоте и ненагруженности рассмотренных методов обеспечения безопасности.

Соблюдение особой схемы действий при осложнении. Комитет по безопасности больных, входящий в правление Американской ассоциации анестезиологов, разработал схему действий анестезиолога при анестезиологическом несчастье, представленную ниже.

- Предварительный этап:
 - ✧ знакомство с больным;
 - ✧ обсуждение плана с хирургом;
 - ✧ обсуждение плана с анестезистом;
 - ✧ подготовка необходимого оборудования.

- Возникновение проблемы:
 - ✧ обдумывание вариантов возможной причины;
 - ✧ вопрос хирургу о дальнейшем плане;
 - ✧ команда анестезисту усилить контроль и регистрацию действий;
 - ✧ подготовка дополнительного оборудования.
- Осложнение:
 - ✧ все то же самое + приглашение более опытного анестезиолога.
- Смерть:
 - ✧ беседа с родственниками больного;
 - ✧ информация этическому комитету;
 - ✧ информация компании, в которой врач застрахован.

Что касается беседы с родственниками умершего больного, то это целое искусство, которым надо овладеть не только ради бережного отношения к чувствам людей, потерявшим близкого человека (это, конечно, главное), но и ради благополучия самих медицинских работников.

Пункты этого искусства:

- ✧ информировать родственников не по телефону, а пригласив их в больницу для серьезного разговора;
- ✧ проводить беседу в адекватной такому действию обстановке, т.е. не в коридоре;
- ✧ беседовать бригадой, но говорить должен один — самый авторитетный, и не обязательно основной «виновник»;
- ✧ не ссылаться на науку и ни в коем случае не винить больного, нарушавшего режим, не выполнявшего указаний, просто объяснить суть несчастья;
- ✧ в какой-то момент самому «главному» следует выйти, а самому «душевному» — продолжить беседу.

Несмотря на то, что в силу характера профессии задачей анестезиолога является профилактика всех летальных исходов в операционной независимо от их главной причины, необходима детализация механизмов танатогенеза и степени ответственности всех участников операции, включая плановую работу администрации. Она необходима не столько для наказания виновных или оправдания невиновных, сколько для создания системы продуманных мероприятий, направленных на профилактику летальных исходов и включающих три обязательные группы мер:

- ✧ повышение квалификации сотрудников;
- ✧ улучшение медико-технической оснащенности;
- ✧ должный отбор и подготовку больных для оперативного вмешательства соответственно местным условиям и возможностям.

Требования к амбулаторному анестезиологическому пособию включают:

- ✧ должную квалификацию анестезиолога и анестезистов;
- ✧ предоперационное обследование и подготовку больного, не отличающиеся от стационарных требований;
- ✧ современную аппаратуру для проведения анестезии, искусственной вентиляции и оксигенации, мониторинга, сердечно-легочной реанимации;
- ✧ полный набор современных медикаментов, требующихся в критических ситуациях;
- ✧ помещения для наблюдения за больными после анестезии;
- ✧ при необходимости — план эвакуации больного в стационар;
- ✧ стандартную шкалу критериев, характеризующую безопасность отправления больного домой;
- ✧ продуманность транспортировки домой и информирование больного и родственников о возможных опасностях и осложнениях после анестезии и операции.

Большую часть амбулаторных анестезиологических пособий выполняют в стоматологической практике и при абортах, но, как и во всем мире, ассортимент амбулаторных операций растет.

Рассмотренный в настоящей главе анализ летальных исходов в операционной позволяет исключить из анестезиологической практики термин «наркозная смерть» как не влекущий за собой никаких осмысленных действий, направленных на профилактику таких исходов, и свидетельствующий о беспомощности специалиста — хирурга, анестезиолога, морфолога, организатора здравоохранения, сформулировавшего такой вывод.

Судебно-медицинская оценка летальных исходов оперативного вмешательства при общей анестезии должна учитывать следующие критерии:

- ✧ причинную связь с действиями бригады, а также с характером основной и сопутствующей патологии у больного;
- ✧ своевременность и адекватность профилактики смертельного осложнения и реанимационных мер;
- ✧ возможности лечебного учреждения, включая квалификацию кадров и техническую оснащенность.

Сложный танатогенез летального исхода при оперативном вмешательстве, обилие критериев, которые необходимо учесть при его анализе, и отсутствие единых взглядов и установок у представителей разных медицинских специальностей требуют, как правило, комиссионного обсуждения, чтобы дать объективную, справедливую и полезную для будущей работы оценку летального исхода.

Факторы, ведущие к возникновению смертельных осложнений в операционной, могут по их значимости быть расположены следующим образом (начиная с главного):

- ✧ тяжесть состояния больного (I);
- ✧ плохая организация (II);
- ✧ недостаточная квалификация персонала (III);
- ✧ недостаток лечебных средств (IV);
- ✧ усталость персонала (V);
- ✧ несовершенство науки (VI).

Не снимая вины с конкретных лиц (анестезиологов, хирургов и других врачей), необходимо подчеркнуть, что нередко смертельные исходы в операционной — следствие неправильных действий или бездействия должностных лиц.

ОСЛОЖНЕНИЯ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ: ЮРИДИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

Рассуждения о причинах, а также средствах рационального устранения и предупреждения осложнений представлены в такой последовательности:

- ✧ осложнения: последовательная оценка сути;
- ✧ схема анализа осложнений и ошибок;
- ✧ врачебные ошибки, дефекты, несчастные случаи;
- ✧ неблагоприятные исходы в медицине;
- ✧ стандарты в медицине как средство защиты больных.

Осложнения: последовательная оценка сути

Под неблагоприятным исходом подразумевают такой результат развития патологии и лечения, который оказался хуже ожидаемого, — от сохранения симптомов болезни до смерти больного. Учитывая современные медицинские технологии и все возрастающую агрессивность медицины, рассчитанную на спасительные действия медицины критических состояний, эти представления об осложнении и неблагоприятном исходе требуют большего осмысливания и детализации.

В разных клинических специальностях понятие «осложнение» можно трактовать по-разному. Для терапевта учащение у больного пульса на 15–20% может считаться осложнением, тогда как анестезиологом такая тахикардия может быть лишь отмечена, но не повлечь за собой никаких действий. Именно поэтому, учитывая юридические аспекты проблемы, необходимо ввести дополнительные понятия — «опасность», «ошибка», «остаточные следствия», а не обсуждать только осложнение.

Опасность — это особенности состояния больного или применяемого метода, чреватые возможностью осложнения или ухудшения состояния именно у этого больного в данных условиях кадрового и материального обеспечения.

Такое определение требует предварительного обдумывания индивидуальных особенностей не только самого больного, но и тех методов, которые собираются у него применять. Необходим учет специфических черт хирурга, который будет оперировать больного, оборудования (мониторов) и т.п. Более того, согласно приведенному определению, необходимо, чтобы врач учел собственную квалификацию и квалификацию своих помощников применительно к лечению этого конкретного больного.

Благодаря такой индивидуальной оценке опасностей врач продумает контуры защиты больного, соответствующие особенностям конкретной ситуации.

Ошибка — это неправильная оценка состояния больного, неправильный выбор метода или процедуры, которые могли вызвать или вызвали осложнение или ухудшение состояния больного.

С учетом определения опасности, можно сказать, что ошибка — это неучтенные или незамеченные опасности.

Осложнение — это потеря управления функцией как следствие ошибки или несовершенства медицины.

В этом определении подчеркнуты две причины осложнения: ошибка (как незамеченные или неучтенные опасности) и несовершенство медицины, которое в повседневной клинической практике анестезиологов-реаниматологов встречается достаточно часто.

Осложнения, в том числе ятрогенные, классифицированы в Международной классификации болезней и причин смерти (МКБ-10).

Остаточное следствие — это стойкое нарушение функции или структуры организма в результате осложнения или несовершенного лечения основного заболевания.

Остаточные следствия могут сопровождаться стойкой утратой трудоспособности, инвалидностью, которые чаще всего и являются непосредственным поводом к возникновению юридического конфликта, за которым следует одна из форм юридической ответственности.

ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ, ДЕФЕКТЫ, НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ

В юриспруденции нет общепринятого определения и толкования понятия «врачебная ошибка». Большинство специалистов основываются на определении И.В. Давыдовского, относящемся еще к 1928 г.: «Врачебная ошибка — это добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве самой врачебной науки и ее методов, или в результате атипичного течения заболевания, или недостаточности подготовки врача, если при этом не обнаруживаются элементов халатности, невнимательности или медицинского невежества».

Человеческие ошибки

Этот вид ошибок, ведущих к осложнению и неблагоприятному исходу, надо отличать от отказа оборудования, что весьма важно для юридического анализа.

Считается, что именно человеческие ошибки, а не отказ оборудования, составляют свыше двух третей всех несчастий в критических ситуациях вообще, а не только в медицине.

В одном обзоре сравнивают данные 9 работ об ошибках и несчастях в анестезиологической практике и 9 работ — об аналогичных ситуациях в авиации [Arnstein F., 1997]. Процент «человеческих» ошибок при анестезии колеблется от 64 до 83%, а в авиации — от 40 до 88%. Опыт и тренировка сокращают число возможных человеческих ошибок. Показано, что резиденты-анестезиологи 1-го года обучения делают 72,2% человеческих ошибок, а 2-го года — только 57,6%. Зато опытные штатные анестезиологи в том же исследовании совершают 67,5% человеческих ошибок, возможно, из-за самоуверенности.

Наиболее частые человеческие ошибки в отделениях интенсивной терапии:

- ✧ неправильный режим инфузий (скорость, объем);
- ✧ ошибочный выбор медикаментов и их доз;
- ✧ неправильный путь введения лекарств (внутримышечный, внутривенный, аэрозольный и т.п.);
- ✧ отсутствие, ошибочное считывание или неправильная оценка данных мониторинга;
- ✧ неправильные режимы ИВЛ, включая респираторную поддержку при сохраненной спонтанной вентиляции.

В предупреждении ошибок особое значение имеет цветная маркировка проводов, шлангов, диагностических и лечебных приборов, шприцев, ампул, трансфузионных препаратов.

Одна из важных причин человеческих ошибок — недостаточная квалификация персонала, другая — плохая передача информации от принимающего решение врача до исполнителей (сестра или другой врач) и обратно. Третья важная причина — усталость персонала, в том числе из-за нерациональной организации труда.

Дефект медицинской помощи

Классификацию и юридическое толкование этого термина дает И.В. Тимофеев (1999), по которому «под дефектом обычно понимают ошибочное действие (бездействие) медицинского персонала, являющееся нарушением правил, действующих инструкций, руководств, положений и наставлений, директив и приказов, выразившееся в неправильном оказании помощи и лечении заболевших (при отсутствии прямого умысла причинения вреда больному)». И далее: «...По нашему мнению, используемый в медицинской литературе термин „врачебная ошибка“ следует считать очень близким по смыслу с „дефектом в проведении лечебно-профилактических мероприятий“. Именно поэтому использование термина „врачебная ошибка“ целесообразно ограничить, так как в организационно-медицинском плане он мало что дает для поиска путей улучшения качества лечебно-диагностической работы в лечебном подразделении или учреждении...»

В связи с проблемой врачебных ошибок необходимо обсудить еще один термин — «несчастный случай».

Несчастный случай в медицине

Близким понятием к врачебной ошибке следует считать несчастный случай. По И.В. Тимофееву (1999), «...Под несчастным случаем в медицинской практике понимают неблагоприятные исходы диагностических и лечебных процедур, операций или иных врачебных вмешательств, связанных со случайными, неожиданными обстоятельствами, при которых медицинский работник не может предвидеть и предотвратить возникающие осложнения. Несчастные случаи не зависят от чьих-либо упущений и возникают вследствие особых трудностей случая, атипичного течения заболевания, особенностей реагирования организма боль-

ного. Например, летальный исход во время наркоза от извращенной реакции (анафилактический шок) на наркотический препарат, хотя доза наркотического вещества не превышала допустимую и противопоказаний к его применению не было...».

Многие юристы не придерживаются такой терминологии, как «врачебная ошибка», «дефект» или «несчастный случай», используемой для характеристики деяний врача, не содержащих состава преступления и не влекущих за собой уголовной ответственности. Очевидно, к этому не подходит причинение смерти или вреда здоровью больного по неосторожности, описываемое в статьях УК (105, 109, 118).

Разумеется, врачебные ошибки необходимо анализировать, чтобы найти их корни и способствовать их ликвидации или хотя бы сокращению. Ведь попытка врача утаить свои ошибки — это еще одна серьезная ошибка.

Неблагоприятные исходы в медицине

Под неблагоприятным исходом течения и лечения патологии подразумевают три возможных следствия самой патологии, а также действий или бездействия медицинских работников:

- ✧ смертельный исход в ходе лечения или после его окончания, причинно связанный с самой патологией или с проведением лечения;
- ✧ инвалидность, возникшая под влиянием самой патологии, действий или бездействия медицинских работников;
- ✧ осложнение, развившееся в связи с патологией, действиями или бездействием медицинских работников.

Такие исходы могут быть обусловлены тремя основными причинами:

- ✧ непреодолимость патологии при современном развитии медицинской науки и практики, что можно охарактеризовать как беду больного, связанную с несовершенством медицины;
- ✧ неправильные, недостаточные или несвоевременные действия медицинских работников на всех этапах ведения больного;
- ✧ недостаточная подготовка кадров и неправильная организация условий работы; последние две причины неблагоприятных исходов следует рассматривать как вину медицинских, а возможно, и немедицинских работников — должностных лиц.

Схема анализа осложнений и неблагоприятных исходов

Клинико-физиологический и юридический анализ осложнений и неблагоприятных исходов (каждого в отдельности, а также их совокупности за квартал, полугодие, год) необходим для следующих целей:

- ✧ установления степени вины, а также невиновности медицинских работников, причастных к возникшему осложнению;
- ✧ выявления «узких» мест в организации лечебной работы (кадры, помещения, оснащение);
- ✧ обнаружения дефектов профессиональной подготовки персонала.

Своевременно проведенный анализ такого рода, в конечном счете, должен способствовать сокращению числа осложнений и неблагоприятных исходов и более успешной их ликвидации.

Рекомендовано анализировать ошибки, осложнения и неблагоприятные исходы по такой схеме:

- ✧ главная причина осложнения (неблагоприятного исхода);
- ✧ физиологические механизмы;
- ✧ время и место возникновения;
- ✧ прогностический аспект;

- ✧ правильность и своевременность медицинских действий при ликвидации осложнения.

Рассмотрим суть и юридическое значение каждого из названных параметров.

Главные причины

Следует различать четыре главные причины осложнений и неблагоприятных исходов, и такое разделение имеет практическое значение.

Характер и тяжесть патологии — основной и сопутствующей, вызвавшей осложнение.

Действия (бездействие) хирурга или другого смежного врача, который передал больного анестезиологу-реаниматологу. Один хирург оперирует быстро, но грубо, другой нежно, но медленно, третий сочетает в себе обе положительные характеристики, а четвертый — отрицательные.

Действия (бездействие) анестезиологов-реаниматологов, которые так же, как и любые другие специалисты, бывают разными.

Организация условий работы (подготовка кадров, оборудование, помещение, рациональность графика работы персонала и т.п.).

Необходимо отметить, что анестезиологи и другие врачи, работающие в МКС, осуществляют свою деятельность с целью предупреждения и устранения всех возникающих осложнений, независимо от их главной причины.

Физиологические механизмы

Соответственно физиологическому механизму возникшего осложнения можно выделить три их группы:

- ✧ рефлекторные нарушения (аритмии сердца, бронхиоло- и ларингоспазм и др.);
- ✧ постуральные расстройства (нарушения гемодинамики и дыхания, связанные с положением тела на операционном столе или в кровати, а также обусловленные внезапным изменением положения тела);
- ✧ процедурные дефекты (неправильная дозировка, механическая и электрическая травмы, трансфузионные осложнения, осложнения интубации трахеи, режима респираторной поддержки, катетеризации сосудов и др.).

Время и место возникновения

Этот элемент анализа необходим для выявления слабых звеньев организации службы. Осложнения могут возникнуть до, во время и после проведения анестезиологического пособия и могут иметь или не иметь причинной связи с пособием, проводимым анестезиологом.

По месту возникновения осложнения могут происходить:

- ✧ в операционной или в отделении интенсивной терапии;
- ✧ в процедурных, перевязочных, рентгенкабинетах, поликлинике, где часто выполняют анестезиологические пособия;
- ✧ при внутрибольничной транспортировке.

Прогностический аспект

Необходимо рассмотреть, предвиделось или не предвиделось возникшее осложнение, следовательно, были ли обдуманы и учтены возможные для конкретного случая опасности. Это позволяет оценить профессиональную подготовку врача. Предвидение осложнения дает бригаде возможность быть готовой заранее. Своевременная объективизация тяжести состояния больных по разным шкалам (АПАЧЕ, Маршалла, СОФА и др.) также позволяет лучше подготовиться к вероятному осложнению.

Правильность и своевременность медицинских действий

При юридическом анализе осложнения такая оценка — важный элемент для принятия справедливого и объективного решения. Оценка правильности и своевременности медицинских действий по предупреждению и ликвидации осложнения или неблагоприятного исхода позволяет судить о квалификации персонала, его

готовности к осложнению, об организации работы и о возможностях лечебного учреждения.

Необходимо учитывать, что при критических состояниях неотложные действия нередко проходят в условиях, напоминающих форс-мажор. Форс-мажорные обстоятельства помогают, как правило, исключить юридическую ответственность за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей. К сожалению, в юриспруденции к форс-мажорным обстоятельствам относят лишь чрезвычайные обстоятельства, которые не могут быть предотвращены или устранены обычными действиями (стихийные бедствия, война и тому подобные катастрофы).

Однако форс-мажор описывали во времена, когда медицина не знала критических состояний, и сегодня важно использовать понятие «форс-мажор» в МКС при реальных ситуациях.

В оценке осложнений упоминалось, что они возникают в цепи «мнеограммы О» от двух главных причин — ошибки и несовершенства медицины. Необходимо подчеркнуть, что знания физиологии и патологии организма при критических состояниях несовершенны. Если все сделано правильно и своевременно, согласно канонам современной медицины, но исход оказался неблагоприятным — это означает несовершенство канонов или самой медицины.

Принципы защиты анестезиологов

При сложившейся практике принципы защиты врача-анестезиолога можно расположить в следующей последовательности, начиная с самого эффективного:

- ✧ самозащита путем самосовершенствования и самообразования;
- ✧ должный психологический контакт с больным или ответственными за больного лицами;
- ✧ психологический контакт с коллегами;
- ✧ действия администрации лечебного учреждения;
- ✧ действия профессиональной ассоциации анестезиологов и реаниматологов;
- ✧ досудебное погашение конфликта;
- ✧ защита в суде.

Два последних пункта этого перечня следует рассмотреть подробнее.

Досудебное погашение юридического конфликта

При угрозе возникновения уголовного или гражданско-правового дела создается экспертная комиссия из специалистов, способных объективно оценить медицинскую и социальную сторону конфликта. Вопросы для комиссии составляют, как правило, следователи прокуратуры, а состав комиссии определяет обычно главный судебно-медицинский эксперт.

От качества вопросов, т.е. от глубины проникновения в проблему юридического конфликта зависит и значимость ответов комиссии. Однако, еще до появления следователя со своими вопросами, возможны попытки смягчения или полного погашения юридического конфликта с участием больного, его родственников и заинтересованных специалистов. Необходима должная правовая и общая культура модератора конфликта, под которым подразумевается интеллигентный врач (не обязательно главный), в полной мере обладающий упомянутыми в этом пункте качествами.

В большинстве случаев рациональный выбор модератора позволяет достичь главной цели — согласия сторон на досудебной стадии конфликта.

Многие исследователи проблемы перекладывают задачи досудебного урегулирования конфликта на Этические комитеты. Такая возможность смягчения юридических конфликтов не исключается, хотя повседневная работа Этических комитетов должна быть предназначена для других целей, изложенных выше.

Защита анестезиолога в суде

Некоторые статьи УК РФ могут смягчить наказание или даже полностью оправдать врача (Ившин И.В., 2006). К ситуациям, позволяющим исключить уголовную ответственность врача, можно отнести:

- ✧ невинное причинение вреда (ст. 28 УК РФ),
- ✧ крайнюю необходимость опасных действий (ст. 39 УК РФ),
- ✧ обоснованные рискованные действия (ст. 41 УК РФ),
- ✧ исполнение приказа или распоряжения, приведшего к неблагоприятному исходу (ст. 42 УК РФ).

Все перечисленные ситуации описаны в статьях Уголовного кодекса РФ, суть которых рассматривается здесь, хотя смягчению вины и наказания граждан посвящена ст. 8 УК РФ.

Невинное причинение вреда. В медицинской практике нередко возникают ситуации, когда их экстремальность, тяжесть состояния больных, психофизиологическое состояние персонала могут исключить уголовную ответственность. Такие ситуации описаны в ст. 28 УК РФ, но необходимо обратить внимание на три важных обстоятельства.

Во-первых, ст. 28 рассматривает отнюдь не ту ситуацию, которая представлена в ст. 14, п. 2, когда действие или бездействие формально имеют все признаки преступления, но не являются таковыми в виду малозначительности причиненного вреда.

Во-вторых, деяние считается совершенным невинно, если совершившее его лицо по своим психофизиологическим качествам, нервно-психическим перегрузкам не могло предотвратить вред при экстремальных условиях, в которых произошло деяние. Эта ситуация наблюдается в повседневной анестезиологической практике достаточно часто, из чего должны следовать, по крайней мере, два вывода:

- 1) медицинский персонал должен иметь особую, тренированную психоэмоциональную и соматическую структуру;
- 2) если противоправные действия или бездействие персонала произошли в отделениях интенсивной терапии, в операционной, при оказании неотложной помощи на улице или при иных экстремальных ситуациях, это отнюдь не означает превентивную невинность персонала: требуется индивидуальный анализ, чтобы установить реальную вину или невинность медицинских и должностных лиц, прямо или косвенно относящихся к противоправному событию.

Третье обстоятельство в комментариях к ст. 28 о невинном причинении вреда относится к не слишком четкому термину «психофизиологические качества». Алкогольное опьянение, последствие применения наркотических или других одурманивающих веществ меняют психофизиологические качества персонала. К таким специалистам должна тогда относиться не ст. 28, а ст. 23 УК, которая не оставляет любителям подобного кайфа никаких надежд и называется: «Уголовная ответственность лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения».

К невинному причинению вреда могут быть отнесены обстоятельства, систематизированные следующим образом:

- ✧ несовершенство медицины при существующем у больного комплексе патологии;
- ✧ чрезвычайная атипичность заболевания, индивидуальные особенности или крайняя тяжесть состояния больного;
- ✧ несоответствие тяжести состояния больного и характера патологии возможностям лечебного учреждения;
- ✧ недостаточное снабжение медицинскими средствами, оборудованием, непригодность условий;
- ✧ особое состояние врача: усталость, внезапная болезнь;

- ✧ неправильные действия больного и его родственников, способствовавшие неблагоприятному исходу.

Для защиты врача могут использоваться и некоторые другие статьи и ситуации, описанные в УК РФ.

Крайняя необходимость иногда принуждает анестезиолога-реаниматолога обоснованно рисковать, т.е. совершать действия, которые в иной ситуации выглядят противоправными. Ниже приведены две соответствующие статьи УК РФ:

Статья 39 УК РФ. Крайняя необходимость.

1. Не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам в состоянии крайней необходимости, т.е. для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности и правам данного лица или иных лиц, охраняемым законом интересам общества или государства, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами и при этом не было допущено превышения пределов крайней необходимости.
2. Превышением пределов крайней необходимости признается причинение вреда, явно не соответствующего характеру и степени угрожавшей опасности и обстоятельствам, при которых опасность устранялась, когда указанным интересам был причинен вред, равный или более значительный, чем предотвращенный. Такое превышение влечет за собой уголовную ответственность только в случаях умышленного причинения вреда.

Статья 41 УК РФ. Обоснованный риск.

1. Не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели.
2. Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам.
3. Риск не признается обоснованным, если он заведомо был сопряжен с угрозой для жизни многих людей, с угрозой экологической катастрофы или общественного бедствия.

Исполнение приказа или распоряжения, описанное в ст. 42 УК РФ, иногда может оправдать неблагоприятный исход медицинских действий. Эти условия могут освободить от уголовной ответственности врача или сестру. Например, анестезиолог считает невозможным проведение операции и анестезиологического пособия у конкретного больного при существующих условиях кадрового, медикаментозного и технического оснащения, однако получает распоряжение своего начальства проводить такое пособие, которое, как и предвидел анестезиолог, заканчивается тяжелыми осложнениями или даже смертью больного. Тогда в соответствии с п. 1 ст. 42 ответственность несет администратор.

Однако в ст. 42 есть п. 2, который следует знать:

2. Лицо, совершившее умышленное преступление во исполнение заведомо незаконных приказа или распоряжения, несет уголовную ответственность на общих основаниях. Неисполнение заведомо незаконных приказа или распоряжения исключает уголовную ответственность.

Была ли ситуация плановой или экстренной, существовала ли альтернатива — более квалифицированные кадры, лучшее оснащение, другое лечебное учреждение и т.д.

Условия осуждения. В ходе судебного заседания анализируются следующие условия осуждения:

- ✧ наличие факта вреда;
- ✧ неправомерность действий кого-то, вызвавшего вред;
- ✧ причинная связь между действием и вредом;
- ✧ вина именно этого причинителя вреда.

ЭТИЧЕСКИЕ И ЮРИДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Согласие больного на использование в учебе

Обучение и тренировка, проводящиеся непосредственно на больных, требуют обязательного осознанного согласия больного.

Привыкнув пренебрегать правами больных, мы нередко забываем об этом, исходя из вполне здравой идеи, что кто-то должен будет квалифицированно лечить детей этих больных. Больной не хуже нас понимает эту идею, так пусть он будет активным сознательным участником образовательного процесса в медицине, а не бессловесным учебным манекеном — от этого выиграют все.

Следует заранее получить согласие больного на обсуждение его состояния с учащимися, в том числе во время обхода профессора.

Согласие требуется не только на разговор с учащимися о больном, но, тем более, на действия: осмотр, диагностические и лечебные приемы, выполняемые учащимися. То же относится к фото- и видеосъемке и даже к демонстрации препаратов, относящихся к больному, или помещении их в музей. На фото в журналах, видео-программах следует принять меры к тому, чтобы идентифицировать больных было невозможно.

Обеспечение безопасности больного в ходе учебных действий необходимо продумать заранее. Не следует забывать, что юридическую ответственность при работе учащихся — будь то студент, интерн, клинический ординатор, аспирант и т.д. — несет их наставник и только он.

Симуляторы-тренажеры

Именно ради безопасности больных в ходе учебы все шире распространяются компьютеризированные имитаторы, или симуляторы-тренажеры, создающие (симулирующие) условия повседневной практики, в том числе осложнений при обучении анестезиологии, интенсивной терапии и реанимации, неотложной медицине и др.

Достоинства симуляционной технологии

Суммировать достоинства симуляционной технологии можно так:

- ✧ воспроизведение как частых, так и редких ситуаций;
- ✧ тренировка с аутоконтролем;
- ✧ отсутствие дефицита времени для принятия решения;
- ✧ проверка теоретических знаний и практических навыков;
- ✧ безопасность и отсутствие риска при учебе.

Единственный недостаток — высокая стоимость этих образовательных компьютерных систем (от 50 до 200 тыс. долл. США). Централизованная закупка таких симуляторов и рассылка их в регионы пропорционально реальным потребностям решила бы эту проблему.

Юридический статус обучающегося врача

Статус обучающегося врача: интерна, клинического ординатора, аспиранта — остается статусом обучающегося. Обучающийся врач не несет ответственности за свои действия, если они не подходят под разряд умышленного преступления.

ПРАВОВАЯ КУЛЬТУРА ВРАЧА

Право — это совокупность обязательных правил и норм поведения, установленных или санкционируемых государством и охраняемых силой государственного принуждения.

Различные факторы по степени их влияния на качество медицинской помощи (не на здоровье населения, а на качество медицинской помощи!) можно расположить так, начиная с самого важного:

- ✧ знания и умения врача и медицинских сестер;
- ✧ организация лечебного процесса, включая его оснащенность;
- ✧ правовая культура медицинского персонала;
- ✧ общая культура врача.

Причины низкой правовой культуры

К сожалению, сегодня большинство врачей знают о юридических аспектах медицины даже меньше, чем их больные, консультирующиеся у юристов страховых компаний и отделов социального обеспечения.

В качестве главной причины следует отметить фактическое неуважение к закону, который на протяжении жизни нескольких поколений людей заменялся революционным правосознанием. Статьи кодексов знали юристы и уголовники, а населению (как больным, так и врачам) эти статьи были не слишком нужны.

В последние десятилетия произошло реформирование юриспруденции, медицины и всего уклада жизни населения и страны. Это напомнило гражданам, что взаимоотношения людей определяются не только моралью, этикой, традициями, этикетом, воспитанием, но все это контролирует и регулирует закон.

Незнание законов сегодня становится опасным, и медицинский персонал все чаще начинает осознавать эти истины на собственном горьком опыте.

Принцип поощрения творческой активности врача, принцип непрерывного самообразования должны сделать врача главным заинтересованным лицом в углублении своих знаний, необходимых для совершенствования работы. Важнейшее место среди этих новых знаний должны занять и правовые знания. Они не только сделают медицинскую помощь, оказываемую врачом, более осмысленной и безопасной, но и уберегут врача и его пациента от многих неприятностей.

Знание закона важно для представителей критической медицины, в том числе анестезиологии, еще и потому, что сама специфика их работы создает множество поводов для ошибок, осложнений, несчастий, иногда из-за двусмысленных или нечетко оговоренных в законе ситуаций.

Юридические основы, регулирующие работу анестезиолога

Работу медицинских работников сегодня регулируют многие правила и кодексы:

- ✧ этический кодекс врача и сестры;
- ✧ ведомственные приказы, указания, инструкции и стандарты Минздрава России и подчиненных ему органов здравоохранения;
- ✧ Законодательство о труде (Трудовой кодекс);
- ✧ Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- ✧ Гражданский кодекс Российской Федерации;
- ✧ Уголовный кодекс Российской Федерации.

Над всеми этими регулирующими документами стоит Конституция Российской Федерации, за которой остается приоритет при толковании остальных правил, статей, приказов и указов, которые должны быть изменены, если они расходятся с Конституцией.

При выявляемом расхождении ведомственных постановлений (в том числе по здравоохранению) с Конституцией действует правовая процедура (суд), и это в равной степени относится к защите прав и больных, и медицинских работников (ст. 46 Конституции Российской Федерации).

Статья 46.

1. Каждому гарантируется судебная защита его прав и свобод.

2. Решения и действия (или бездействие) органов государственной власти, органов местного самоуправления, общественных объединений и должностных лиц могут быть обжалованы в суде.

3. Каждый вправе в соответствии с международными договорами Российской Федерации обращаться в межгосударственные органы по защите прав и свобод человека, если исчерпаны все имеющиеся внутригосударственные средства правовой защиты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Бунятян А.А., Выжигина М.А., Сизова Ж.М. Инновационная структура послевузовского профессионального образования врачей по специальности «Анестезиология и реаниматология» как составляющая концепция непрерывного профессионального развития в свете положений Болонской декларации // Анест. и реаниматол. — 2009. — № 1. — С. 18–24.

Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. — СПб.: Питер, 2005. — 336 с.

Зильбер А.П. Медицина критических состояний: альтернатива анестезиологии и реаниматологии? // Вестн. анест. и реаниматол. — 2010. — № 1. — С. 3–9.

Зильбер А.П. Этюды критической медицины. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 568 с.

Зильбер А.П. Этюды медицинского права и этики. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 848 с.

Ившин И.В. Обстоятельства, исключающие преступность деяния в сфере профессиональной медицинской деятельности // Мед. право. — 2006. — № 1. — С. 33–38.

Кузин С.Г., Кузина О.С. Некоторые правовые особенности регистрации смерти в Российской Федерации // Мед. право. — 2006. — № 2. — С. 8–11.

Мохов А.А., Мхитарян О.Ю. К вопросу о третейском разбирательстве «врачебных дел» // Мед. право. — 2006 — № 1 — С. 27–33.

Перевозчикова Е.В., Панкратова Е.А. Конституционное право на жизнь и правовой статус эмбриона человека // Мед. право. — 2006. — № 2. — С. 16–21.

Седова Н.Н. Правовой статус биоэтики в современной России // Мед. право. — 2005. — № 1. — С. 11–15.

Сергеев Ю.Д. Основы медицинского права России. — М.: Мед. информ. агентство, 2007. — 360 с.

Тимофеев И.В. Патология лечения. — СПб.: Северо-Запад, 1999. — 656 с.

Тимофеев И.В. Вред от врачебных действий (ятрогенный деликт) // Здравоохранение. — 2000. — № 11. — С. 149–164.

Arnstein F. Catalogue of human error // Br. J. Anaesth. — 1997. — Vol. 79. — P. 645–656.