

- и экспериментальные исследования. — Владивосток : Дальнаука, 2003.
8. Мазо Р.Э., Надеждина Н.А. Артериальная гипертензия у детей. — Минск, 1995.
9. Марков Х. М. // Вестн. РАМН. — 1996. — № 7. — С. 73–78.
10. Паунова С.С., Кучеренко А.Г. Марков Х.М. и др. // Педиатрия. — 2000. — № 1. — С. 7–9.
11. Петров В.И., Ледяев М.Я. Артериальная гипертензия у детей и подростков: современные методы диагностики, фармакотерапии и профилактики. — Волгоград, 1999.
12. Ровда Ю.И. Факторы риска и их значимость в развитии артериальной гипертензии у детей : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Кемерово, 1995.
13. Цыгин А.Н. // Педиатр. фармакол. — 2003. — Т. 1, № 1. — С. 71–74.
14. Huang A., Palmer L., Hom D. et al. // J. Urol. (Baltimore). — 2000. — Vol. 163, No. 4. — P. 1276–1281.
15. Kashiwagi M., Shinozaki M., Hirakata H. // J. Am. Soc. Nephrol. — 2000. — Vol. 11, No.4. — P. 616–624.
16. Ortiz M., Fortepiani., Ruiz-Marcos F. // Am. J. Physiol. — 1998. — Vol. 274, No. 3, Pt. 2. — P. 760–766.
17. Vaziri N., Ni Z., Oveisi F. // Hypertension. — 1998. — Vol. 31, No. 6. — P. 1248–1254.
- Поступила в редакцию 09.02.2007.
- MODERN ASPECTS OF THE NEPHROGENIC HYPERTENSIA AT CHILDREN
A. Ni, V.N. Luchaninova, E.G. Agapov,
E.V. Yeliseyeva
Vladivostok State Medical University
Summary — Modern views on pathogenesis, diagnostics and treatment of the nephrogenic hypertension at children are shown. The necessity of wide introduction for practical medicine of screening by centile tables to reveal early the increased arterial pressure is shown. The results of own research of risk factors of arterial hypertension are shown for chronic pyelonephritis; the active role of the nitrogen oxide in regulation of physiological functions of kidneys in norm, in chronic inflammatory process, and also in renal hypertensions is confirmed. The detailed algorithm of children's exam is stated, the attention is paid to the differentiated approach to antihypertensive medications.
- Pacific Medical Journal, 2007, No. 2, p. 37–41.

УДК 615.035.7:614.256

Е.Ю. Лозинский, И.И. Шмыкова, М.Е. Лозинский

ОШИБКИ В ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: врачебные ошибки, ответственность врача, лекарства.

«Прежде всего, не вреди», — это изречение Гипократа узнает каждый врач еще на студенческой скамье. Но всегда ли врачи вспоминают эту заповедь, назначая сильнодействующие лекарства или оперативные вмешательства?

В современной медицине существует много методов лечения, балансирующих на тонкой грани между полезностью и опасностью для больного. Это химиотерапия опухолей, лечение потенциально токсичными антибиотиками и др. У большинства пациентов, получающих медикаменты, наряду с положительным эффектом развиваются и побочные явления. Их нужно предвидеть и уметь предотвращать. Ну а если нежелательные эффекты возникают от ошибочных или вообще ненужных назначений, от неправильной дозы или от неправильного введения лекарства? Некоторые лекарства имеют похожие названия или упаковки: клофелин и эуфиллин, индап и энап и др [1]. Иногда бывает крайне сложно отличить ошибки от несчастных случаев или преступлений. В таких ситуациях последнее слово предоставляется юристам. Но юристы сами по себе беспомощны, их вердикты опираются на заключения экспертов.

К объективным причинам врачебной ошибки можно отнести отсутствие необходимых для правильного диагноза приборов и методов исследования, например нефробиопсии, колоноскопии или иммуноферментного анализа. Важнейшей объективной причиной являются изменения теорий этиопатогенеза, современных взглядов на пользу или вред распространенных продуктов питания, витаминов, лекарственных средств [7]. В XVIII веке просвещенные аристократы старались избегать протеина в пище, в XX веке сахар называли «белым ядом», до сих пор остается в моде борьба с холестерином. Если в начале XX века эпилепсия, эклампсия относились к неврозам, то сегодня врачи легко и просто диагностируют гипертоническую болезнь, дискинезию желчных путей — заболевания, которые невозможно найти в международных классификациях причин болезни и смерти. К началу XIX века было известно 1000 болезней человека, в настоящее время, по данным ВОЗ, их насчитывается более 30 000. На фоне большого количества появившихся сильнодействующих лекарств изменилось и течение болезней (патоморфоз) [3].

Врачам проще работать на основе представлений, усвоенных еще в 60–80-е годы прошлого века, у них нет мотивации для постоянного обновления знаний. При нечетких симптомах у пожилого человека быстро и привычно ставится диагноз «атеросклероз»; при болях под ложечкой и в левом подреберье обычно диагностируется панкреатит и т.д. Такие простые диагнозы, как «гастрит» устанавливаются редко [10]. А как удобен диагноз «дисциркуляторная энцефалопатия»!

Примерно 80% терапевтических больных начинают и заканчивают лечение в поликлинике. Исследования многих авторов показывают, что ошибки

в диагнозе встречаются у каждого 3–4-го амбулаторного больного. В научной литературе имеется множество подходов к объяснению сущности врачебной ошибки. Всякого рода погрешности встречаются в деятельности специалистов различных профессий, но ни в одной сфере человеческой деятельности ошибки не влекут за собой столь тяжких последствий, как в области практической медицины, поскольку медицина воздействует на человеческий организм, который, как известно, является чрезвычайно хрупким и не терпит невнимательного и небрежного к себе отношения. Особенность медицинской профессии, которая непосредственно связана с сохранением жизни и здоровья человека, вызывает повышенный интерес и строгий подход со стороны общества к ошибкам в деятельности медицинского персонала.

В судебно-медицинской практике определение понятия «врачебная ошибка» необходимо для отграничения правонарушений от так называемых «допустимых в медицинской деятельности профессиональных ошибок» [2]. Важной проблемой является выяснение того, к какой области знаний — праву или медицине — относится определение сущности врачебной ошибки. Некоторые ученые считают, что врачебная ошибка только медицинская категория, другие полагают, что только правовая, третьи относят врачебную ошибку и к медицинским, и правовым понятиям. Необходимо отметить, что на протяжении многих лет в работах судебных медиков и юристов в понятие «врачебная ошибка» вкладывалось настолько противоречивое содержание, что не способствовало объективному изучению данного феномена [5]. Отрицательным фактором является и отсутствие законодательного закрепления этого понятия. В действующих Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан имеется упоминание о профессиональной ошибке, но при этом ее содержание легально не раскрывается. В связи с отсутствием законодательно закреплённого понятия и отсутствием единого мнения о его объективном содержании возникает необходимость выявления содержания понятия «врачебная ошибка», анализа с точки зрения различных ученых по вопросам толкования врачебной (медицинской) ошибки и определения объективной позиции по рассматриваемому вопросу [14].

В медицинской литературе общепринятым является определение врачебной ошибки, разработанное И.В. Давыдовским и понимаемое как добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве медицинской науки и ее методов, либо вызванное особенностями течения заболевания у определенного больного, либо объясняемое недостатками знаний и опыта врача.

Итак, главное во врачебной ошибке — это добросовестное заблуждение врача. В ее основе лежит несовершенство врачебных знаний, методов диа-

гностики и лечения, а также объективные условия, в которых протекает работа врача. Анализ вышеперечисленных определений врачебной (медицинской) ошибки позволяет сделать вывод о том, что в их основу авторами заложены следующие характеристики: добросовестное заблуждение врача и объективные причины заблуждения. Исходя из вышеуказанных характеристик врачебной ошибки, в профессиональной медицинской деятельности можно выделить объективные и субъективные причины, при этом первые обусловлены внешними факторами, а вторые — внутренними [4]. С внешней стороны деяния медицинского работника, совершаемые под влиянием ошибки, выражаются в отступлении от предусмотренных специальными актами, инструкциями правил поведения, что может повлечь неблагоприятные последствия для пациентов. В упрощенном варианте врачебные ошибки делятся на следующие группы: диагностические — нераспознанный или ошибочный диагноз; тактические — неправильная тактика лечения, неправильные показания к операции; технические — неправильное использование медицинской техники, применение необоснованных медицинских средств, неправильная дозировка препаратов; деонтологические — нарушение правил взаимоотношений между врачами и больными и др. [6].

Возможность допустить ошибку подстерегает врача на всех этапах диагностического поиска. Трудности диагностики порой заключаются и в том, что нозологические особенности различных болезней стираются и на первое место выступает тот или иной синдром, поражение какого-либо одного органа или системы. Во врачебной практике каждый день можно встретиться с клиническим случаем, трудным для диагностики [12]. Однако причины врачебных ошибок могут быть связаны и с личностными особенностями врача — недостаточно конструктивным мышлением, предвзятостью мнения, с самолюбием и тщеславием, склонностью к излишнему оптимизму или пессимизму, нерешительностью и низким уровнем культуры. Анализ врачебных ошибок показывает, что молодые врачи часто ошибаются из-за отсутствия опыта, а более опытные — из-за переоценки своих знаний. Одной из причин ошибки во врачебной деятельности является профессиональное заблуждение медицинского работника. Термин «заблуждение» употребляется для определения ошибки в знании и обозначает действие или процесс, выражающие неверное представление о свойствах и отношениях исследуемого объекта в окружающем мире [6].

Для объяснения рассматриваемой темы необходимо обратиться к вопросу о том, каким необходимым запасом специализированных теоретических и эмпирических знаний должен обладать медицинский работник при исполнении возложенных на него профессиональных обязанностей [1]. В научной

литературе здесь не существует единой позиции. Так, отдельными авторами высказывается мнение, что «каждый врач должен обладать определенным минимумом специальных знаний, лежащих в основе общепринятых лечебно-диагностических мероприятий на данный момент развития медицинской науки и лечебной практики». Трудно согласиться с утверждением о достаточности лишь минимального уровня теоретических и эмпирических знаний для выполнения профессиональных медицинских обязанностей. Запас знаний, которым должен обладать медицинский работник, предполагает не только соответствующий объем сведений, полученных в медицинском учебном заведении и в период последипломного обучения, но и уровень современной медицинской науки [14]. Каждый медицинский работник обязан постоянно пополнять свои профессиональные знания, участвуя в конференциях, проводя консультации с другими, более профессиональными работниками, читая специальную литературу, пользуясь базами данных Интернета.

Обязанность врача постоянно повышать уровень профессиональных знаний является не только моральной, но и юридической обязанностью, что закреплено в статье 60 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан [5]. Обязанность врача самостоятельно повышать свои профессиональные знания нашло отражение и в судебной практике. Например, в Германии при смерти пациента в клинике вследствие неправильного применения врачом лекарства в решении суда было указано, что хотя от каждого врача нельзя требовать, чтобы он знал последние достижения во всех областях медицинской науки, но от него необходимо требовать, чтобы он изыскал информацию об уровне научных знаний и опыте в той области медицины, где он работает. В приговоре была признана вина врача в ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей [11].

Стандарты, которым должны следовать, и навыки, которыми должны обладать профессиональные медицинские работники, определяются современным уровнем развития медицины. С появлением новых достижений в области медицины профессиональные стандарты тоже должны меняться. Сказанное выше позволяет утверждать, что каждый медицинский работник в России обязан в полном объеме обладать всеми необходимыми знаниями, соответствующими его профессиональной деятельности, которые определяются состоянием медицинской науки на современном этапе и соответствующими квалификационными требованиями, утвержденными Министерством здравоохранения РФ. При этом дипломированный специалист не может ссылаться на отсутствие тех или иных теоретических знаний, информации [8].

И.В. Давыдовский считал, что «количество ошибок по мере повышения квалификации скорее увеличивается, чем падает». Это высказывание можно

понимать так: квалифицированному врачу придется много думать над очень сложными пациентами, которые до него часто проходили лечение и побывали в руках многих специалистов. С.П. Боткин подчеркивал, что он был бы рад, если бы ему удалось добиться полного совпадения клинического и патолого-анатомического диагноза хотя бы в 30% случаев. Необходимо отметить, что действующий закон устанавливает ответственность медицинских работников за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей только при наступлении опасных для жизни и здоровья пациента последствий: в случаях смерти, причинения тяжкого или средней тяжести вреда здоровью, заражения ВИЧ-инфекцией или когда медицинское вмешательство было выполнено *non lege artis*. Неудачное, но без указанных в уголовном законе последствий лечение больных для действующего Уголовного кодекса Российской Федерации является деянием безразличным [9].

Рассматривая врачебную ошибку с разных сторон, нельзя не задержаться на одной из них, очень существенной для настоящего времени. Это обращение родственников в суд, заявления страховых компаний с жалобами на те или иные действия врача, не всегда имеющие прямое отношение к его профессиональной ошибке. Нередко они обусловлены нарушениями деонтологических принципов. Судебные иски, штрафные санкции за нанесенный пациенту или его семье моральный или материальный ущерб становятся нередкими в нашей жизни. Симптоматично издание в 1997 г. в России «Аналитического обзора по защите прав пациента в промышленно развитых странах».

При исследовании понятия «врачебная ошибка» необходимо отметить, что сегодня в научной литературе отсутствует единая концепция понимания юридического значения ошибки в профессиональной медицинской деятельности. Под врачебной ошибкой необходимо понимать неблагоприятный результат, обусловленный объективными и субъективными факторами [6]. По источнику возникновения медицинские ошибки можно классифицировать как обусловленные внешними объективными и внутренними субъективными факторами. С точки зрения действующего уголовного законодательства России ошибки в профессиональной медицинской деятельности, обусловленные объективными факторами, не влекут за собой уголовной ответственности, а если такие ошибки обусловлены внутренними, субъективными факторами, то медицинские работники могут привлекаться к уголовной ответственности за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей. Жизнь и здоровье являются естественными и неотъемлемыми правами, на верное самыми ценными из тех, которыми обладает человек, поэтому посяательства на них должны признаваться преступными.

Проблема осложнений лекарственной терапии становится все более актуальной во всем мире [13].

В развитых странах врачебные ошибки диагностики и лечения достигают 6–7%. К числу врачебных ошибок, как составляющей медицинских ошибок, относятся все случаи, связанные с использованием лекарственных препаратов с нарушениями инструкций по их применению. В США ежегодное количество жертв лекарственной терапии превышает в 3 раза число погибших в результате автомобильных аварий, серьезные нежелательные лекарственные реакции регистрируются ежегодно у 2,1 млн человек [15]. В нашей стране примерно 15% всех обращений к врачу вызвано ухудшением состояния здоровья в связи с применением лекарств [4].

Нами проведен анализ 150 историй болезни детей, находившихся на лечении в детской городской больнице в период с сентября по декабрь 2004 г. В состав анализируемых вошли 12 историй болезни из неврологического отделения, 6 – из урологического отделения, 11 – из ЛОР-отделения, по 8 историй из гематологического, реанимационного и нефрологического отделений, 6 – из отделения плановой хирургии, 7 – из отделения пульмонологии, 59 – из отделения экстренной хирургии, 25 – из отделения патологии новорожденных. В результате экспертной проверки выявлены следующие ошибки: полипрагмазия – 32 случая, политерапия (одновременное лечение нескольких заболеваний) – 6 случаев, назначение лекарств без учета противопоказаний – 14 случаев, назначение лекарственных препаратов с недоказанной эффективностью – 37 случаев, назначение заведомо низкоэффективных лекарств – 10 случаев, неправильное дозирование антибактериальных препаратов – 12 случаев, выбор антибиотиков без учета микробного спектра – 5, последовательное назначение одного и того же антибиотика с разными торговыми названиями – 3 случая, назначение неформулярных препаратов – 3 случая, проведение комплексной медикаментозной терапии без учета взаимодействия лекарств и мониторинга нежелательных лекарственных реакций – 18 случаев. Выявлены 13 сочетаний лекарств, способных вызвать развитие неблагоприятных лекарственных реакций. Так, сочетание гепарина и фраксипарина с системными кортикостероидами повышало риск образования язвы и кровотечения из желудочно-кишечного тракта. Сочетание ацетоминифена и преднизолона вызывало гипернатриемию, отеки, рост гепатотоксичности ацетоминифена. Совместное назначение антигистаминных препаратов и преднизолона приводило к снижению фармакологического эффекта последнего. Сочетание салбутамола и теофиллина, салбутамола и кортикостероидов потенцировало бронхорасширяющий эффект, но повышало риск гипокалиемии.

По результатам проведенной экспертизы сделаны выводы о необходимости формирования клинического мышления у врачей в отношении применения лекарственных препаратов для лечения конкретного больного. Практические врачи должны овладеть

знаниями, умениями, навыками правильного выбора препаратов, соблюдая важнейший принцип клинической фармакологии – эффективность и безопасность лекарственных средств.

Литература

1. Володин Н.Н., Шухов В.С. // *Лечащий врач*. – 2000. – № 4. – с. 68–70.
2. Зыкова Н.А., Ривенсон М.С. // *Судебно-медицинская экспертиза*. – 1998. – № 3. – С. 3–6.
3. Каминский Ю.В., Непрокина И.В. // *Тихоокеанский медицинский журнал*. – 2002. – № 3. – С. 18–22.
4. Лепяхин В.К., Астахова А.В., Овчинникова Е.А., Овчинникова Л.К. // *Качественная клиническая практика*. – № 1. – 2002. – С. 12.
5. Леонтьев О.В., Кустов В.Д., Курганский Ю.Д., Федорова Е.В. *Особенности юридической ответственности в медицине*. – СПб., 2000.
6. Лисюткин А.Б. // *Вопросы методологии исследования категории «ошибка» в правоведении*. – Саратов, 2001.
7. Сулейманов С.Ш., Дьяченко С.В., Шишкина Т.Н. // *Рациональное использование лекарств: материалы конференции*. – Пермь, 2000. – С. 11–12.
8. Тимофеев И.В., Леонтьев О.В. *Медицинская ошибка*. – СПб.: ДНК, 2002.
9. Томилин В.В., Соседко Ю.И. *Судебно-медицинская экспертиза*. – 2000. – № 1. – С. 3–7.
10. Эльштейн Н.В. // *Русский медицинский журнал*. – 1998. – Т.6. – С. 34–38.
11. Bania J. *Medical Errors and Medical Narcissism*. – Jones and Barlett Publishers Inc., 2005.
12. Bosk L.C. // *Forgive and remember: Managing Medical Failure*. – London: The University of Chicago Press, 2003. – P. 35–71.
13. Gibson R., Singh J.P. // *Wall of Silence: The untold story of the medical mistakes that kill and injure Millions of Americans*. – LifeLine Press, 2003.
14. Merry A., McCall S. *Errors, Medicine and the Law*. – Cambridge University Press, 2001.
15. Rosenthal M. M., Sutcliffe K.M. *Medical Error*. – San-Francisco: Jossey-Bass, 2002.

Поступила в редакцию 16.06.2006.

MISTAKES OF DRUGS THERAPY

E.U. Lozinsky, I.I. Shmykova, M.E. Lozinsky
Vladivostok State Medical University

Summary – The paper is dedicated to the analysis of 150 medical charts in Pediatric City Hospital No. 1 of Vladivostok. Medical mistakes occurred in the pharmacotherapy of children in neurological, surgical, urology departments and in the intensive care unit. The increase of medical mistakes number results in growing of side effects. Among revealed medical mistakes the administration of low evidence drugs by doctors was most frequent – 24.7%, polypragmazia – 21.3%, complex pharmacotherapy without drug interaction considerations was registered in 12% of cases, counter indications to drugs were not noted in 6.8%, etc. Authors conclude that practical doctors must consider effectiveness and drug safety as most important principle of pharmacotherapy.

Pacific Medical Journal, 2006, No. 4, p. 41–44.