

Анекдот. В Японии существует обычай. Над дверью дома каждого врача висит столько красных фонариков, сколько у него умерло больных. Вот заболел человек и пошел искать себе врача. Считает фонарики: 80, 50, 20, 10. Нет, много больных умерло. И вдруг, о радость! Висит над дверью единственный фонарик. Отличный врач: потерял всего-то одного больного. Стучится в дверь... Доктор любезно приглашает его в свой кабинет, но при этом говорит: «Я должен вас предупредить. Сегодня первый день моей врачебной практики».

Действительно, от врачебных ошибок, в том числе с драматическими последствиями (искалеченные судьбы) и трагическими, летальными исходами, не застрахованы врачи ни Японии, ни США, ни России.

Этой злободневной теме посвящается интервью с почетным профессором КрасГМА, председателем краевого этического комитета, председателем краевого научно-практического общества хирургов, лауреатом «Золотого скальпеля» им. академика Б.С. Гракова, академиком РАЕН Александром Николаевичем ОРЛОВЫМ. С ним беседует лауреат «Золотого пера» журналистка Зоя Михайловна КАСАТКИНА.

- Александр Николаевич, не счесть кинофильмов, художественных произведений (прозы и поэзии), материалов СМИ, в которых остро дискутируются проблемы врачебных ошибок. Я помню краткий сюжет романа А. Хейли «Окончательный диагноз». Доктор Бартлет тяжело больному ставит диагноз прободная язва желудка. Однако во время экстренной операции прободную язву хирург не нашел. В первые сутки после операции наступил летальный исход. При патологоанатомическом исследовании умершего установлена причина смерти - пневмония. Врачи, герои романа, и читатели невольно задумываются о причине диагностической ошибки. Яйцам, далеким от медицины, эта ошибка представляется дикой, аморальной, преступной.

- Да, но вы не обратили внимание на то, что самокритичные, честные и добросовестные коллеги Бартлета в лечении больных просят Бога отвести от них подобные архисложные диагностические ситуации острого ложного живота.

- Александр Николаевич, еще в первом веке до нашей эры римский писатель Филлимон бросил реплику, что только врачи и судьи могут убивать и не быть убийцами. И вы, медики, хорошо знаете цену своих ошибок. Стремитесь работать без ошибок и... ошибаетесь. И мы, красноярцы, ваши пациенты, хорошо знаем, что врачи не так уж и редко допускают диагностические, лечебные, лечебно-тактические, лечебно-технические, но, на мой взгляд, чаще организационные и морально-этические ошибки. Пациенты и их родственники, особенно близкие умерших больных, нередко с гневом недоумевают: как можно ошибиться в век НТР, в эпоху фантастического развития фармакологических, биохимических, электронных, ультразвуковых, радиологических, иммунных и прочих методов диагностики и лечения?

- Прежде чем ответить на этот вопрос, позвольте коснуться толкования сути понятия «врачебная ошибка».

Принципиально важно уяснить, что врачебная ошибка - это не преступная халатность, а «добросовестное заблуждение». Известный академик И.В. Давыдовский одним из первых стал применять этот термин. Судебные медики М.И. Авдеев, Н.В. Попова, В.М. Смольянинов и др. также указывают, что под врачебной ошибкой следует понимать добросовестное заблуждение врача, а халатность, недозволенные эксперименты на больных они относят к компетенции служителей уголовного кодекса. Понятие «врачебная ошибка» близко примыкает к термину «несчастный случай».

Под этим в медицинской практике обычно понимают неблагоприятный исход лечения, связанный со случайными обстоятельствами, которые врач не мог предвидеть и предотвратить. Профессор ЕА. Вагнер приводит яркий пример несчастного случая: «Спасая больного, ввели ему обезболивающее средство, а он погиб - у него индивидуальная непереносимость новокаина... Врач не знал об этом. Он не ошибался в своих действиях, но трагическое стечение обстоятельств свело его действия на нет». К несчастным случаям относят неожиданные смертельные исходы, послеоперационные осложнения (перитонит и кровотечение); асфиксию во время наркоза, остановку сердца при проведении наркоза, психический шок со смертельным исходом перед операцией или в ее начале. Особую группу несчастных случаев составляют летальные исходы при проведении ангиографии, пиелографии, гастрофиброскопии, энцефалоангиографии, катетеризации сердца.

К несчастным случаям в медицинской практике относят не только случаи с летальным исходом, но и различного рода осложнения после операции, диагностических процедур и манипуляций (нагноение, кровотечение и т.д.).

- Я не знаю более деликатной и трудной, более сложной и более ответственной работы, как труд врача. И, конечно, врач по долгу службы и по велению сердца всемерно должен предупреждать и оптимально исправлять свои ошибки, помнить, что его подстерегают разноликие по характеру и по происхождению ошибки. Вместе с тем в Красноярском крае, как и во всех регионах России, трудности медицинской помощи сегодня удесят�еряются из-за глубокого экономического кризиса. В начале XXI века в России самый высокий уровень заболеваемости и смертности, как взрослой, так и детской, среди

восточноевропейских стран, а на врачевание «почти нет ни сил, ни средств» (Блиев Ю). В этой драматической ситуации врачи должны помочь россиянам выжить своим мастерством, добросовестным служением. И сегодня, как никогда раньше, больных интересуют причины врачебных ошибок, в каких ситуациях виновен лечащий врач, больной, его родственники, в какой мере виновны организаторы здравоохранения, полпреды государственной, муниципальной власти.

• Касаясь роли организаторов здравоохранения, я вспоминаю суждение великого Н.И. Пирогова, что «администрация играет главную роль в деле помощи раненым и больным». Я работал с безукоризненно замечательными главными врачами: В.К. Сологубом (ККБ № 1), В.А. Бочарниковым (краевой онкодиспансер), Н.С. Карповичем (МСЧ № 7), В.Ф. Власенко (ГБ № 1), в настоящее время с С.Г. Резниченко (ГБ №1) и др. Под их руководством было комфортно всем - и больным, и медперсоналу. Излишне говорить, что в этой обстановке и результаты лечения были оптимальными, какие-либо серьезные диагностические, лечебные, тем более этические ошибки, как правило, исключались, а эпизодически совершаемые - исправлялись.

• Однако в СМИ критикуют иных главных врачей, отмечая их низкую деловую, творческую инициативу, диктаторский метод управления, аморальную амбициозность, равнодушие к интересам медперсонала и больных. Они превращают больницу не в храм врачебного искусства, а в удельное княжество, частное предприятие с ограниченной ответственностью.

• На поэтическом языке атмосфера в таком медучреждении перенасыщена неприязнью, враждебностью, угрозами, руганью. Эта удушающая атмосфера подмечена Венерой Абдулаевой:

Суета, толчея и ругань.
Каждый тенью скользит в свой угол.
Загляните в глаза к друг другу,
Может быть, поймете друг друга?
Прокуроров много и судей.
Зло от зла еще злее будет.
Мельтешенье, круженье судеб.
Полюбите друг друга, люди!

- Я в одной из ваших книг вычитала: чтобы стать врачом (тем более главным), нужно быть безукоризненным человеком, ибо, по А.Л. Чехову, «профессия врача -

это подвиг, она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов». Об этом нужно помнить нашим главам администраций, мэрам и губернатору, когда они по своей инициативе, а то и по протекции, игнорируя альтернативные демократические принципы, назначают главных врачей и других командиров здравоохранительского производства на высокие должности. Я полагаю, по их вине происходят многие так называемые организационные врачебные ошибки.

- Я вынужден с вами согласиться, а к числу организационных ошибок академик И.В. Давыдовский, профессор Ю.М. Комаров и др. правомочно относят отсутствие в лечебном учреждении условий для производства современных лабораторных, рентгенологических, физиологических, эндоскопических, морфологических и др. исследований; невозможность проведения консультаций; грубые дефекты организации лекарственного и прочего обеспечения.

Факторами, провоцирующими, благоприятствующими росту врачебных ошибок, профессор ГА Комаров считает: «нет достаточной законодательной базы, когда государственное бюджетное финансирование в несколько раз меньше необходимого, когда ожидаемого значительного вливания средств через ОМС не произошло, когда... многие приборы, инструменты, реактивы, лекарственные средства не могут быть приобретены учреждениями» (2001).

- Мы часто слышим о «стандартизации методов лечения» в цивилизованных странах. Так, известно, что американские врачи ни на йоту не могут отступить от стандарта, потому что даже при самом благоприятном исходе лечения нарушение стандарта грозит им большими неприятностями.

-Стандарты американских коллег обеспечивают оптимальные результаты обследования,

лечения и реабилитации, так как в США на здравоохранение в 1996 г. расходовалось в 300 раз больше средств, чем у нас. На здоровье россиянина тратилось около 9 долларов в год, на здоровье американца более 2700 долларов («АиФ», 1996, № 8, с. 5). Президент РАМН академик В.И. Покровский в своем интервью «Литературной газете» был вынужден сказать: «Доступная медицина стала плохой, а хорошая недоступна» (1997, 10 декабря, с. 6).

-Александр Николаевич, в редакцию пришло письмо от С, 23 лет. Она лечилась в одном из родильных отделений края по поводу тяжелого послеродового сепсиса. Длительное, мучительное лечение было успешным. Однако С. жалуется, что пришлось родственникам покупать на ее лечение дорогие антибиотики и другие препараты. Она обращается в суд с требованием вернуть эти деньги из бюджета больницы, то есть по существу - медперсонала и больных.

- Я бы выступил на этом суде и сказал: «Ваша жалоба, гражданка С, формально правильная, фактически - издевательская. Судите сами. Для лечения вашего тяжелого сепсиса был необходим, как важнейший элемент спасения вашей жизни, курс лечения дорогими антибиотиками 4-го поколения. Больница могла приобрести их за 20 тыс.руб., но оставив остальных больных без лекарств. Согласно узаконенным установкам ОМС, на содержание вашей «больничной койки» была выделена на неделю 1 тысяча рублей. Подавляющая часть ее тратилась на зарплату медперсонала, питание и обследование, а на лечение - около 70 рублей. Вместе с тем ваш лекарственный препарат не входит в перечень гарантированных норм медикаментозных средств фондом ОМС. Гражданка С, пойдите с адвокатом в больницу. Снимите ксерокопию вашей истории болезни. Выписав все медикаменты вашего листа назначений, зайдите в аптеку, поработайте с прейскурантом цен, суммируйте их, и вы поймете цену спасения вашей жизни. Если бы врачи формально не отступили от нищенского стандарта лечения, вам не пришлось бы по понятным причинам писать жалобу и обращаться в суд. Парадоксально, но врачи бы несли моральную и юридическую ответственность за трагический исход вашего лечения. Это было бы не дикой врачебной ошибкой, а преступлением в соответствии с УК РФ по статьям 124 («Неоказание больному помощи»), 125 («Оставление в опасности»), 293 («Халатность») и др.»

-А вам приходилось решать эти финансовые, медико-юридические ребусы при лечении родных и близких? Извините за некорректный вопрос.

-Да. Например, при лечении родственницы, учительницы, пенсионерки А.Е. Ф-й, больной инфарктом. В дни ее реанимации мы, ее родственники и друзья, приобрели препаратов не на одну тысячу рублей. Без нашей поддержки замечательным, с безукоризненно чистыми душами и чистыми помыслами врачам кардиологического центра 20-й больницы не удалось бы реанимировать дорогого нам человека.

-Александр Николаевич, вы в своей книге (Актерское мастерство врача) доказываете, что и в кризисное время на больничной сцене главным героем является лечащий врач, призванный проявлять профессиональное мастерство, добросовестное служение, колоссальную трудоспособность и милосердие, внушать больному оптимизм и веру в выздоровление, всемерно укреплять содружество своих коллег. В идеале успехи лечащего врача усиливаются талантливым и высококравственным руководителем медицинского коллектива. Последний, удачно используя названные таланты врачей и медсестер, искусно формирует гармоничный ансамбль исцелителей. Но и в этих оптимальных условиях врачи ошибаются. Об этом население нередко информируют СМИ.

-К сожалению, мы часто являемся свидетелями «общенародного» обсуждения и осуждения врачебных ошибок не только больными, но и журналистами, людьми, далекими от медицины, на телевидении, радио, в печати, то есть при «выходе на публику». При этом они либо вовсе обходят объективные причины врачебных ошибок, либо в сенсационном, обвинительном, разгромном тоне сообщают о каком-нибудь отдельном случае, причем, как правило, неквалифицированно и, что еще печальнее, не только дилетантски, но и далеко не беспристрастно.

Вероятно, в вашей памяти сохранились грубейшие обвинения врачей во всех смертных грехах, курирующих известных телеобозревателя А. Каверзнева, певца И. Талькова, журналиста Ю. Владимирова и др. Весьма популярный и талантливый журналист Ярослав Голованов не был и не мог быть в группе врачей, оперирующих наисекретнейшего конструктора космических кораблей Сергея Павловича Королева. Однако он взял на себя смелость высказать свое уничижительное критическое суждение по диагностической и лечебной тактике я стратегии, адресуемое академиком А.В. Вишнеvesкому и Б.В. Петровскому.

-И все-таки, Александр Николаевич, назовите причины наиболее частых субъективных и объективных врачебных ошибок.

-Одной из таких причин служит то обстоятельство, что объем медицинской информации столь велик, что не может быть оптимально усвоен и освоен одним человеком, так как число известных заболеваний превышает 10 тысяч наименований, число симптомов превышает 100 тысяч, число только наименований операций и их модификаций составляет десятки тысяч, число лабораторных, клинических, радиоизотопных, биохимических, электронных и др.

методов исследования и тестов - тысячи...

Имеет негативное значение и то положение, что технические, лабораторные методы исследования иногда «уводят» врача от рационального диагноза и лечения. Так, по данным столичных клиник допускаются рентгенологические, УЗИ-логические, эндоскопические, цитологические и даже гистологические ошибки в 12-38% случаев. А поэтому врачи помнят, что медицинская «техника» - лишь придаток мышления врача, а не фактор, диктующий ему решения. Нельзя сбрасывать со счета и то, что среди больных растет удельный вес лиц пожилого и старческого возраста, лиц, обремененных «набором» многих заболеваний, определяющих тяжесть состояния больных, атипичию течения заболевания. Не меньшее значение приобретает и известный факт, что за последние 10-20 лет резко снизился иммунитет населения. Защитные силы подавлены многими все возрастающими социальными, физическими, химическими, физиологическими, психическими, информационными стрессами. Нужно ли говорить о извращении клиники лиц, поступивших в состоянии длительной алкоголизации, отравления наркотиками и другими токсинами?

Актуальной и трудноразрешимой остается опасность многочисленных сильнодействующих, а то и токсических профилактических, диагностических и лечебных средств и методов, могущих неизменно извратить клинику, послужить причиной драматических осложнений. По некоторым данным зарубежной статистики, побочное действие одних лекарств наблюдается в среднем у 10-12% больных, а в странах Индокитая и Ближнего Востока достигает 40%. Ятрогениям приписывают до 10% госпитальной смертности.

-Я вижу, как несоизмеримо сложнее стал социальный, психологический «объект» лечения - больной. Он все энергичнее стремится к самодиагностике и к самолечению. Вы часто видите «горе от ума» больного, когда он не критически относится к рекомендациям магов, экстрасенсов, колдунов, волшебников, психилеров и других псевдоцелителей, настойчиво внушающих чудо-исцеление?

- Нередко. Упаси Бог врачей курировать больных после того, как их лечили Балакирев, Халбашкин, Рушель Блаво, Тянь-Шанский, Светлана Шпак или Чумак. Больные, «заряжаемые» «магической силой» воды, пищи, слов псевдоцелителей, как правило, запускают заболевание и приходят к врачам, когда они бессильны им помочь. Бессилие же научной медицины лишь укрепит безверие «народа» в исцеляющие возможности официальной медицины.

Большая Лариса Александровна К, 40 лет, сотрудница одного из НИИ Красноярска, госпитализирована в клинику с раком молочной железы. Ей предложена радикальная операция, от которой она категорически отказалась. Перед выпиской из клиники она сообщила, что едет к Кашпиrowsкому, который, судя по передачам центрального телевидения, излечивает даже запущенный рак без калечащих операций. Спустя 8 месяцев больную принесли в клинику на носилках с распадающейся опухолью, с признаками неоперабельности.

-В последние годы много говорят и пишут о скрытом течении болезни (чаще речь идет о скрытом течении рака), о предболезни, о мнимом благополучии течения болезни как о фатальных причинах врачебных ошибок.

-Сложными были и остаются проблемы диагностики скрытых форм болезни и предболезни. Наиболее существенные трудности могут быть в восприятии и в интерпретации, а следовательно, и в выявлении предболезни. Предболезнь - это функционально-морфологические изменения в организме, проявляющиеся в виде болезни только при каких-либо неблагоприятных условиях труда и быта человека, например гипертонической болезни после тяжелой психотравмы.

Врачи каждодневно убеждаются в правоте суждения французского хирурга Рене Лериша, что часто болезни внутренних органов представляются драмой в двух актах, из которых первый разыгрывается в наших тканях при потушенных огнях, в глубокой темноте, даже без намека на болевые ощущения. И лишь во втором акте начинаются зажигаться свечи, предвестники пожара, потушить который в одних случаях трудно, в других невозможно. Читая эти строки Р. Лериша, вдумываясь в драматизм первого акта драмы, невольно вспоминаешь афоризм Конфуция: «Очень трудно искать черную кошку в темной комнате, особенно когда ее там нет». Разве не напоминает нам эта ситуация поиски черной беды человеческой, его болезни в стадии предболезни, в скрытой фазе течения болезни? Проиллюстрирую это на примере рака начальной стадии. Разве не удручающе звучит корейская пословица: «Человек чувствует боль от занозы, но не чувствует рака желудка» в сопоставлении с пословицей греков: «Боль - сторожевой пес болезни», ибо мы осознаем, что при раке этот пес слишком поздно лает?

- Мне на память приходят мучительные размышления героя рассказа А. Калининой «Веселые плотники», больного раком легких: «Неужели эта правда, что он сидит там тихий, неопознанный, грозный и омерзительный?» От чего и кого зависит это «скрытое течение»?

-Замечу, что понятие «скрытое течение» относительно, так как нередко течение болезни скрыто от глаз человека, далекого от медицины, неопытного врача, малокомпетентных в столь тонком и деликатном деле, как диагностика. И тем не менее в числе причин поздней диагностики рака скрытое течение его составляет от 15 до 65%. Столь высокий процент объясняется в большинстве наблюдений тем, что рак, как правило, развивается на фоне того или иного хронического заболевания с «набором» клинических признаков, к которым многие больные адаптируются и не анализируют глубоко их динамику. В такой ситуации новые, неярко выраженные симптомы «малого» рака не обращают на себя внимания больных и они «утаивают» их проявление от врачей, разумеется, подсознательно,

ненамеренно.

-Кто-то из ваших знаменитых коллег мудро заметил, что подозрение на рак - шаг крайнему диагнозу и что основы диагноза закладываются в поликлинике. Так ли это?

-Это крылатая мысль академика-онколога А.И. Савицкого. В памяти у меня хранится драматичная судьба 50-летнего артиста Т. Он был госпитализирован в клинику в октябре 1974 года с раком легких. Рак был выявлен при рентгенологическом исследовании легких, проводимом в связи с «обострением» хронической пневмонии. При первом знакомстве Т. с чистой совестью и открытым сердцем сообщил, что его «хроническая пневмония и хронический бронхит» имеют 10-летнюю давность. Подобные обострения наблюдаются часто - 1-2 раза в год. Нового, особенного в клинике и на этот раз он не отметил, так что ему в душу не закрались даже малейшие подозрения. И эту уверенность он передал врачу поликлиники. Однако целенаправленный расспрос позволил нам выявить много тревожных симптомов, проявляемых только в последние месяцы: кашель «старого курильщика» стал более мучительным, с мокротой, в которой появились прожилки крови; более выраженный характер приобрели слабость, потливость, утомляемость; появились апатия, отчужденность, равнодушие к делам, к родным и близким. Этим симптомам Т. не придавал значения и «скрыл» их от врача поликлиники без злого умысла.

-Александр Николаевич, один из наших читателей обвинил врача «Скорой помощи» в диагностической ошибке. Врач оправдывался тем, что якобы во время осмотра больного была стадия болезни, именуемая «мнимым благополучием». Кстати, и во время «прямой линии» с вами в 1999 году аналогичное обвинение высказал И.С. Родин. Действительно ли «мнимое благополучие» в течении болезни - оправдательная мотивировка врачебной ошибки или это серьезное и грозное явление в течении болезни?

- Термин «мнимое благополучие» достаточно распространен. Клинический опыт убеждает, что заболевания - как хронические, так и острые, нередко протекают не монотонно, а в динамике; и субъективные, и объективные признаки болезни меняются в зависимости от ее стадии и фазы. Пример достаточно типичного «мнимого благополучия». На больного Игоря Николаевича З., 48 лет, болезнь обрушилась неожиданно, как гром среди ясного неба. Произошла перфорация язвы желудка, о которой больной и не знал («немое», «бессимптомное» течение болезни). Спустя несколько часов с момента заболевания боли из невыносимые, «кинжальных» стали менее острыми, улучшилось общее состояние, самочувствие. В связи с признаками «улучшения» больной категорически отказался от госпитализации. Спустя 10 часов с момента заболевания, когда боли стали прогрессивно нарастать в своей интенсивности, появилась рвота, усилилась слабость, больной вынужден был вызвать «Скорую помощь», госпитализироваться и оперироваться, но с шансами, значительно меньшими на благоприятный исход.

-Александр Николаевич, можно ли назвать «мнимым благополучием» стадию болезни героини рассказа Д. Притулы «Змея и чаща»? Автор приводит пример простых бытовых причин, отвлекающих больную раком желудка Антонину Ивановну от тяжелой ее болезни: «Ну, там лето кончилось, грибы да клюква пошли, ну, там капусту засолили, к зиме изготовились, уж и дожди без продыху, и тут Антонина Ивановна стала понимать, что ей совсем не лучше».

-Здесь речь идет о том, как на проявлении болезни сказываются социальные, моральные, физические, психические факторы. Так, при хроническом течении болезни может наблюдаться привыкание к болезни, и больные перестают адекватно реагировать на те или иные ее проявления, умаляют их выраженность, значимость, тем более если симптомы болезни стали менее мучительными под влиянием лечебных вмешательств, каких-либо физических или психических, семейных или производственных чрезвычайных происшествий, которые становятся доминирующими факторами на определенном этапе жизни. Так, общеизвестно, что при заболевании ребенка мать забывает о собственных болезнях, о важности их лечения. Нередки и такие случаи, когда больной все внимание, все помыслы обращает на лечение, к примеру, острого радикулита, игнорируя в это время более серьезное заболевание желудка (язву, рак), но с менее выраженным болевым синдромом.

-Вы в книге о врачебных ошибках жестко критикуете врачей низкой квалификации, недобросовестных, латных, совершающих проступки, а то и преступления. Всем нам известны меры административного «воспитания», меры суда чести, однако население мало информируете о судебных врачебных делах. Так за какие «злодеяния» врача предают суду народному?

-Защита интересов пациента строго регламентируется новым Уголовным кодексом РФ. Мне известны российские уголовные врачебные дела по статьям 109 («Причинение смерти по неосторожности»); 118 («Причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности»); 122 («Заражение ВИЧ-инфекцией»); 123 («Незаконное производство аборта»); 124 («Неоказание медицинской помощи больному»); 235 («Незаконное занятие частной медицинской практикой или фармацевтической деятельностью»); 236 («Нарушение санитарно-эпидемиологических правил»); 163 («Вымогательство»); 290 («Получение взятки»); 292 («Служебный подлог»); 293 («Халатность») и др.

-Перечень статей УК РФ, предусматривающих юридические методы профилактики и «исцеления» тяжелых врачебных ошибок, наверное, следует прокомментировать крылатыми мыслями о правосудии. Древнеримский оратор и философ Цицерон утверждал: «Законы должны искоренять пороки и насаждать добродетели.. Крайняя строгость закона - крайняя несправедливость.. Нельзя полагаться на показания озлобленного свидетеля».

Древнеримскому философу Эпиктету принадлежит не менее яркая мысль: «Если ты хочешь быть беспристрастным судьей, смотри не на обвинителя, а на самое дело». Не только судьям, но и административным чиновникам следует уяснить предупреждение французского писателя XVIII века Л. Воненарга: «Кто более строг, чем законы, тот - тиран». Как наставление всем нам, критикующим и осуждающим врачей за их ошибки, могут быть адресованы слова древнеримского поэта Публия Сира: «Кто попустительствует дурным людям, тот вредит хорошим.. Кто защищает виновного, тот сам навлекает на себя обвинение» (Цит. по: Воронцов В, 1977, с. 333-337).

- Мне в заключение хочется подчеркнуть, что в нашей медакадемии - кузнице врачебных кадров для края, и в краевом этическом комитете не «попустительствуют дурным людям», а решают важнейшую проблему предупреждения врачебных ошибок, а при анализе каждой допущенной ошибки отвечают на жгучие вопросы: в чем причина ошибки и как ее предупредить и исправить? Я согласен с известным французским хирургом Ж.Л. Пти, который сказал: «Ошибки являются только ошибками, когда у тебя есть мужество их обнаружить. Но они становятся преступлением, когда гордыня тебя побуждает их скрыть».