

Научная статья

УДК 614.253

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-18-26>

Изучение биоэтики методом кейсов: случай неправильного лечения экстропии мочевого пузыря

**Роман Евгеньевич Тарабрин^{✉1,2}, Анастасия Сергеевна Золотухина¹,
Анастасия Васильевна Афанасьева¹, Патимат Магомедовна Кихасурова¹**

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

²Сретенская духовная академия, Москва, Россия

Аннотация. Актуальность. Принципы биоэтики, предложенные Бичампом и Чилдресом, сложно применимы для решения конкретных этических дилемм, возникающих в клинической практике. В научной литературе предложены иные способы их анализа.

Цель. Изучение этической проблемы медицинской ошибки при помощи метода Москопа на примере клинического случая экстропии мочевого пузыря.

Методы. Метод кейсов Москопа позволяет проводить биоэтический анализ клинических ситуаций, формируя нормативное решение похожих ситуаций в будущем.

Результаты. При анализе настоящего случая допущенной медицинской ошибки рассмотрены такие этические аспекты, как взаимоотношения между врачом и пациентом, реагирование врачей-коллег и пациента на медицинскую ошибку, раскрытие медицинской ошибки. В результате биоэтического анализа кейса были сформированы следующие рекомендации: 1) несмотря на объективные сложности лечения в низкопрофильном региональном центре и бюрократические механизмы перенаправления пациента в другое учреждение, врач должен уважать автономию пациента и его родственников, для чего следует проводить полное информирование о возможных рисках и альтернативах лечения; 2) раскрытие истинных причин медицинской ошибки и принесение извинений может способствовать выстраиванию доверительных отношений с пациентом и снижению последующих конфликтов. Краткосрочный психологический дискомфорт при раскрытии будет возмещен долгосрочными положительными результатами взаимодействия с пациентами; 3) критика предшествующего лечения должна происходить с учетом возможных сложностей диагностики на региональном уровне и недостатка опыта лечения редких патологий. Достижение преимущества перед своими коллегами через указание на их медицинскую ошибку без знания настоящих причин предшествующего лечения этически не оправдано.

Заключение. Важной функцией раскрытия врачебной ошибки является предостережение своих коллег от подобных ошибок. Большинство авторов придерживается мнения о том, что содействие в раскрытии ошибки и помощь в минимизации ее последствий являются профессиональным долгом врача, ставшего свидетелем неблагоприятного события, однако в медицинской среде, имеющей сильные корпоративные связи и культивирующей дух солидарности, этот принцип на практике не стал распространенным явлением.

Ключевые слова: медицинская ошибка, экстропия мочевого пузыря, биоэтический анализ кейсов, метод Москопа, взаимоотношения врача и пациента, взаимоотношения между врачами

Статья поступила 16.03.2022; принята к публикации 18.08.2022; опубликована 10.11.2022.

Original article

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-18-26>

Case study of bioethics: a case of improper treatment of bladder exstrophy

**Roman E. Tarabrin^{✉1,2}, Anastasia S. Zolotukhina¹, Anastasia V. Afanasyeva¹,
Patimat M. Kikhasurova¹**

¹First Moscow State Medical University named after I.I. I. M. Sechenov, Moscow, Russia

²Sretenskaya Theological Academy, Moscow, Russia

Abstract. Background: The principles of bioethics proposed by Beechamp and Childress are difficult to apply to the specific ethical dilemmas that arise in clinical practice. The scientific literature has suggested other ways of analyzing them.

Methods: We use the Moscop's case study method to analyze a case of inappropriate treatment of bladder exstrophy, a rare congenital condition associated with a high chance of medical error during treatment.

Results: The analysis of the present case of a medical mistake considers ethical aspects such as the doctor-patient relationship, the reaction of physician-colleagues and the patient to the medical mistake, and the disclosure of the medical mistake. As a result of the bioethical analysis of the case, the following recommendations have been formed: 1) Despite the objective difficulties of treatment in a low-profile regional center and bureaucratic mechanisms of referral of the patient to another institution, the doctor should respect the autonomy of the patient and his relatives, for which full information about possible risks and treatment alternatives should be provided; 2) Disclosure of the true causes of medical error and apology can help to build trusting relationships with the patient and reduce subsequent conflicts. Short-term psychological discomfort of disclosure will be compensated by long-term positive results of interaction with patients; 3) Criticism of previous treatment should take into account possible difficulties of diagnostics at regional level and lack of experience in treatment of rare pathologies. Achieving an advantage over one's colleagues through pointing out their medical error without knowing the real reasons for the prior treatment is ethically unjustified.

Conclusion: An important function of disclosing medical errors is to warn colleagues against such errors. Most authors are of the opinion that it is the professional duty of a doctor who witnesses an adverse event to assist in the disclosure of an error and help in minimizing its consequences, however, in a medical environment with strong corporate ties and cultivating a spirit of solidarity, this principle has not become widespread in practice.

Keywords: medical error, bladder exstrophy, bioethical case analysis, Moscope method, doctor-patient relationship, doctor-patient relationship

Submitted 16.03.2022; accepted 18.08.2022; published 10.11.2022.

Введение

Биоэтика появилась в начале 70-х годов как реакция на стремительное развитие биомедицинского знания. При формировании дисциплины были предложены несколько подходов для решения возникающих моральных дилемм новых технологий. Среди наиболее влиятельных можно выделить принципализм Бичампа и Чилдреса [1]. Согласно их концепции, выделяются определенные принципы, полученные из «разделяемых всеми» моральных правил. В настоящее время они всем известны как принципы биоэтики: благодеяния, непричинения вреда, автономии и справедливости. Эти принципы выступают как *prima facie*, или первичные моральные условия, которые в дальнейшем уточняются применительно к конкретной ситуации (специфицируются) и при наличии противоречий между принципами происходит выбор более предпочтительного решения (балансирование).

В последующем концепция принципализма встретила определенную конфронтацию. Это противостояние касалось как формирования моральных принципов, лишенных полноценного содержания [2], так и способа их применения для решения конкретных клинических ситуаций [3]. При практической реализации биомедицинских достижений в клинической биоэтике, регулирующей взаимоотношение врача и пациента при возникающих моральных дилеммах, стало непонятно, каким образом учитывать балансирование и спецификацию принципов Бичампа и Чилдреса. Например, каким образом балансировать между желанием пациента, требующего продолжения стационарного лечения (принцип автономии), и ограниченно-

стью медицинского ресурса коечного фонда (принцип справедливости)? Каким образом в системе принципализма на принятие решения влияют такие контекстуальные особенности, как религиозный отказ от переливания крови или желание родственников во что бы то ни стало продолжить бесполезное лечение? Указанные недостатки методов Бичампа и Чилдреса способствовали формированию противоположного направления в биоэтике для решения моральных дилемм – метода кейсов. Поскольку принципализм основывается на определении общих положений (принципов) и следует к практическому решению дилеммы, его условно называют методом «сверху-вниз», в то время как метод кейсов называют методом «снизу-вверх», поскольку он отталкивается от конкретной клинической ситуации и пытается построить некое нормативное решение похожих ситуаций в дальнейшем.

В данной статье мы воспользуемся методом Москопа [4] для биоэтического анализа случая медицинской ошибки, допущенной при лечении экстрофии мочевого пузыря. В первом параграфе статьи приводится метод Москопа. Затем описывается случай из клинической практики, связанный с неправильным лечением мочевого пузыря. И в дальнейшем проводится анализ этого кейса на основании метода Москопа с формированием выводов по возможному предотвращению подобных неблагоприятных событий.

Цель

Изучение этической проблемы медицинской ошибки при помощи метода Москопа на примере клинического случая экстрофии мочевого пузыря.

Методы

Метод кейсов Москопа [4] позволяет проводить биоэтический анализ клинических ситуаций, формируя нормативное решение похожих ситуаций в будущем.

Описание метода Москопа¹

Джон Москоп, консультируя врачей по этическим вопросам, встречающимся в практике, и обучая в дальнейшем своих студентов этике на основе конкретных случаев, сформировал свой метод решения этических проблем для определения необходимой информации и оценки альтернативных действий. Метод включает следующие несколько шагов, которые можно условно представить следующим образом: 1) определить моральную проблему; 2) собрать соответствующую информацию; 3) определить доступные варианты и их вероятные последствия; 4) оценить аргументы за и против доступных вариантов; 5) выбрать действие и защитить его; 6) выполнить выбранное действие и оценить его последствия. Тем не менее, приведенная последовательность может нарушаться – в процессе биоэтического анализа биоэтик может возвращаться к предыдущим ступеням [5].

Определение моральной проблемы помогает врачу/исследователю сфокусироваться на той области биоэтики, где будет проходить поиск, и на тех парадигмальных случаях, которые имеют схожие условия. Затем для биоэтического анализа необходимо собрать важные фактические данные, касающиеся основного заболевания: острое это заболевание или хроническое, каковы сопутствующие заболевания, осложняющие ситуацию, каков возможный прогноз предстоящего лечения, каковы вероятности успеха различных вариантов лечения? Каковы цели лечения данной патологии? Какие доступны способы снижения предстоящего риска лечения? Для всех этих вопросов необходимо собрать информацию, которая поможет в дальнейшем анализе случая. На следующем этапе пытаются определить возможные варианты решения данной проблемы и связанные с ними риски, или последствия. Некоторые варианты могут быть использованы в качестве промежуточных решений, которые потребуют сбора дополнительной информации, например, для встречи с родственниками больного или обсуждения на врачебном консилиуме больницы. Другие варианты могут претендовать на статус окончательных. Тем не менее в процессе обсуждения биоэтик оценивает аргументы, способные подтвердить или опровергнуть, а также определяет

моральные принципы, на основании которых принимается решение и оцениваются моральные и юридические последствия альтернативных вариантов [5].

В следующих параграфах статьи на примере биоэтического анализа кейса неправильного лечения экстропии мочевого пузыря будет показано использование метода Москопа.

Описание кейса

При рождении врачи диагностировали у Кирилла (здесь и далее имена изменены) микроцистис и экстропию мочевого пузыря. В первые дни жизни была сделана реконструктивная операция мочевого пузыря одновременно с пластикой шейки мочевого пузыря. Врач не проинформировал мать Кирилла, Валентину, обо всех возможных вариантах лечения и их последствиях. Послеоперационный период протекал неблагополучно, в связи с чем Валентина решила обратиться в больницу в Санкт-Петербурге. Она сообщила об этом оперировавшему врачу, который проводил и послеоперационное лечение. Врач отреагировал на данную инициативу отрицательно и настоятельно посоветовал не обращаться в Санкт-Петербург, так как, по его мнению, оказанная медицинская помощь была качественной и соответствовала всем требованиям, на основании чего дополнительная консультация не имеет необходимости. Кроме того, врач предупредил, что не будет оказывать медицинскую помощь в последующем в случае консультации у других специалистов.

Несмотря на сложившуюся ситуацию, Валентина все-таки обратилась к специалистам из Санкт-Петербурга. После обследования больного врачи сообщили, что операция была проведена неправильно. Они подвергли критике то, что пластика шейки мочевого пузыря была сделана в то же время, что и первичное закрытие мочевого пузыря, посчитав, что именно это привело к его несостоятельности, то есть при иной стратегии лечения можно было сохранить способность самостоятельно удерживать мочу и обходиться без использования катетера.

Кириллу назначили вторую операцию по реконструированию мочевого пузыря из червеобразного отростка. Операция прошла успешно. Однако в последующие 18 лет ему провели 14 операций по реконструкции шейки мочевого пузыря, предотвращению пузырно-мочеточникового рефлюкса, восстановлению полового члена. В настоящее время Кирилл самостоятельно не может удерживать мочу, в связи с чем постоянно использует катетер, является инвалидом 3 группы, резко ограничен в социальной активности, в основном из-за дефектов мочеполовой системы. По словам матери, многочисленные операции повлияли и на психическое состояние Кирилла:

¹ Метод приводится по научно-методическому пособию Тарабрина Р.Е., Шока Н.П. «Основы клинической биоэтики: анализ кейсов» (М.: Практическая медицина, 2021. 96 с.)

из-за частых наркозов он стал раздражительным, испытывает трудности с запоминанием и колебания настроения.

Результаты и их обсуждение

Врачебная ошибка – одна из ключевых проблем в здравоохранении. Комплекс вопросов, связанных с медицинской ошибкой, относятся не только к правовой, социально-экономической, общественно-политическим сферам, но и затрагивают ряд этических проблем. Тем не менее, данное понятие в современном законодательстве не определено. Единственным документом, где имеется косвенное упоминание понятия врачебной ошибки – закон «Об охране здоровья граждан» (ст. 64, 98) [6]. Однако непосредственно понятие «врачебная ошибка» или «медицинская ошибка» в законе не определено. В последнее время термин «врачебная ошибка» переносится в юридическую сферу, с которой изначально не связано. Предполагают, что это результат влияния рыночной экономики на медицинскую сферу, что превращает пациента в клиента, а «вред, нанесенный здоровью» – в «непредоставление (некачественное предоставление) медицинской услуги» [7].

Однако в общественном сознании, представлении СМИ и даже некоторых врачей, врачебная ошибка – это любое нанесение вреда пациенту. При этом нанесение пациенту вреда может быть связано с известными побочными реакциями лекарств, осложнениями после операций или же непредвиденными патологическими процессами, в чем врач не может быть виноват в большинстве случаев. В отечественной научной литературе врачебная ошибка трактуется как «добросовестное заблуждение врача без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества» [7], но среди ученых нет единого определения медицинской ошибки.

Распространенность врачебных ошибок высока: так, в исследовании, опубликованном в 2002 году, 35 % врачей и 42 % представителей общественности в США сообщали, что сталкивались с врачебными ошибками в ситуациях оказания медицинской помощи себе или своим близким [8]. При этом только около трети респондентов в обеих группах отметили, что им сказали о врачебной ошибке и (или) извинились перед ними [8]. В России статистики по распространенности врачебных ошибок практически нет. Некоторые общественные организации, тем не менее, самостоятельно собирают данные по медицинским ошибкам. Так, «Зона права» сообщает, что в 2015 году 700 пациентов были признаны погибшими в результате допущенной медицинской ошибки. За первую по-

ловину 2016 года этот показатель составил 352 человека [9].

Существует несколько видов медицинских ошибок, имеющих различную этическую значимость: 1) недоработка, не приведшая к тяжелым последствиям; 2) неудача осуществления задуманного плана лечения; 3) использование неправильного плана действия для достижения целей лечения; 4) бездействие при наличии отработанного алгоритма действий. При анализе первого и второго вида медицинская ошибка может получить оправдательное суждение; для оценки третьего вида необходимо анализировать причину, по которой врач выбрал неправильный путь лечения. Бездействие или халатность, приведшая к МО, должна получить наибольшее осуждение с вынесением соответствующих правовых санкций [10].

Биоэтический анализ представленного кейса

Экстрофия мочевого пузыря (ЭМП) – это врожденное отсутствие передней стенки мочевого пузыря и участка передней брюшной стенки, в результате чего слизистая мочевого пузыря находится на поверхности тела. Частота ЭМП варьирует от 1 : 10000 до 1 : 50000 новорожденных. Данный порок относится к редкой патологии, сложно поддающейся коррекции.

При классической форме экстрофии мочевого пузыря оперативное лечение проводят в первые сутки жизни, чаще сочетая со сведением лонных костей таза. Однако при наличии малого размера мочевого пузыря, микроцистиса лечение откладывают на несколько месяцев. Лечение экстрофии этапное. Первый этап – первичное закрытие мочевого пузыря выполняется в 1–3 месяцев. Затем проводится лечение, направленное на увеличение мочевого пузыря. От емкости мочевого пузыря зависит результат основного (второго) этапа – создания механизма удержания мочи – шейки мочевого пузыря и уретрального сфинктера, проводимого предпочтительно в возрасте 4–6 лет [11]. При выполнении пластики шейки мочевого пузыря у детей в возрасте 1–3 лет мочевой пузырь может прекратить свое развитие [12]. Лечение данного порока очень вариативно и во многом зависит от конкретной клинической ситуации [13]. Учитывая незначительную распространенность порока, качество хирургического лечения гораздо выше в многопрофильных центрах, в которых за 20 лет насчитываются десятки подобных операций [12].

После проведения первичной операции даже в многопрофильных центрах частота рецидивов с маленьким мочевым пузырем достигает 50 % [12]. В связи с этим при нем лечение пациентов рекомендуется проводить в крупных клиниках [13]. Кроме

того, при благоприятном течении заболевания требуются повторные операции для предотвращения заброса мочи в мочеточники, реконструкция шейки мочевого пузыря (для формирования удерживания мочи), а также реконструкция наружных половых органов (у мальчиков). Таким образом, рассматриваемый кейс представляет собой тяжелую врожденную патологию, осложнения при лечении которой даже в специализированных крупных центрах возникают достаточно часто.

Несмотря на сложность патологии, можно утверждать, что действия оперировавшего врача причинили вред ребенку, что нельзя списать на осложнения операции или тяжесть патологии самой по себе, поскольку в научной литературе описан многоступенчатый способ оперативного лечения [14]. При попытке отнесения данного действия в нашей классификации медицинских ошибок мы не можем сказать, что 1) лечение было не завершено, 2) случилось какое-то непредвиденное обстоятельство (например, интраоперационное осложнение), или 3) врач причинил вред из-за халатного отношения. Именно поэтому использование врачом плана действий по однократному оперативному лечению врожденного порока представляет собой третий тип медицинской ошибки, согласно приведенной выше классификации (использование неправильного плана действия для достижения целей лечения). В связи с этим главной этической проблемой данного случая выступает медицинская ошибка и способ реагирования на нее врачебного сообщества и людей, взаимодействие врача и пациента при допущенной врачебной ошибке.

При первичном лечении экстрофии врач нарушил принцип автономии пациента и законных его представителей, не предоставив им полную информацию о своем незначительном опыте лечения подобного рода больных, а также о наличии высокоспециализированных центров, более успешно занимающихся данной патологией. Уважение принципа автономии представляет собой основу этического уважения человека как полноценной личности.

Как правило, врачи имеют право не сообщать о статистике благоприятных исходов лечения у себя и других специалистов (в противном случае поток больных увеличится только к опытным врачам, а доступ к качественной медицине станет хуже). Но в случае таких редких заболеваний, как экстрофия, пациенты должны направляться только к узкопрофильным врачам, имеющим гораздо больший опыт. Таким образом, можно утверждать, что врач руководствовался не стремлением достигнуть блага для больного, а личными желаниями. Можно предполагать, что

врач старался сохранить репутацию: если коллеги узнают о том, что по каким-то причинам он не смог провести операцию, уважение к нему упадет. Среди других аргументов, вероятно, имело место нежелание сталкиваться со сложностями направления пациента в другой город, что сопровождается финансовыми затратами для учреждения и бюрократическими трудностями.

Конечно, данные рассуждения являются предположительными, поскольку врач не постарался объяснить свой выбор лечения. Вместо того, чтобы установить с матерью больного доверительные отношения и честно рассказать о предстоящих рисках и возможных альтернативах лечения, врач скрыл информацию от нее. Возможно, это вызвано его неумением выстраивать грамотные отношения с пациентом и аргументировать свою точку зрения. Это воспрепятствовало дальнейшему послеоперационному наблюдению больного в местной больнице – мать была вынуждена обратиться в другой город за консультацией и лечением.

Представленная модель взаимоотношений между врачом и пациентом, при которой врач берет на себя моральное превосходство над пациентом, нарушая тем самым автономию пациента и не учитывая его интересы и предпочтения, носит название патерналистической модели. В исследовательской литературе представлена обширная критика патернализма, вместо которого в настоящее время в биоэтике признается оптимальной совещательная модель [10].

В данном случае применение совещательной модели дало бы возможность врачу высказать аргументы в пользу операции по старому методу или сообщить причины, почему он не считает нужным отправить пациента в другой город за более квалифицированной помощью. В таком случае, законные представители пациента могли бы осознать все риски и, возможно, согласиться, что на тот момент сделать операцию по старой технологии было единственным верным решением. Только в данном случае проведение однократной операции по коррекции экстрофии мочевого пузыря с микроцистисом было бы этически оправдано – тяжесть врачебной ошибки была нивелирована согласием родителей провести данную операцию здесь и сейчас. Это же в дальнейшем позволило бы сохранить взаимодействие между ними в дальнейшем, облегчив медицинский уход за ребенком при наступлении неблагоприятного исхода и обращении к другим специалистам.

Допущенная медицинская ошибка и отсутствие должного доверительного взаимодействия в изложенном случае не исчерпывает биоэтический анализ

кейса. В качестве результата анализа необходимо предоставить определенные рекомендации, каким образом данная этическая проблема могла бы быть разрешена в дальнейшем. В связи с этим необходимо рассмотреть вопрос о раскрытии медицинской ошибки.

Проблема раскрытия медицинской ошибки

Вопрос о реагировании на медицинскую ошибку остается дискуссионным. Однозначного ответа на вопрос, необходимо ли сообщать пациентам о совершенной врачебной ошибке, нет. Приводятся следующие аргументы в пользу сокрытия врачебной ошибки: 1) раскрытие врачебной ошибки принесет ущерб медицинскому сообществу; 2) врач в действительности не всегда несет ответственности за совершенную врачебную ошибку.

Действительно, узнав позже о причиненном вреде по вине врача (например, в другом медучреждении), пациент рискует получить моральную травму, так как чувствует себя обманутым. В других случаях раскрытие информации может подорвать веру больного в медицину, заставит усомниться во врачах, проводимом лечении. К тому же существуют ситуации, когда врач не несет ответственности за ошибку. Из-за существующих неточностей в медицине как больной, так и врач не могут знать обо всех последствиях лечения для индивидуального организма. Кроме того, медработник может вовремя заметить неправильное назначение, скорректировать план лечения или предпринять действия по элиминации неблагоприятного эффекта (например, в случае неправильного назначения антибиотика, вызвавшего аллергию). Некоторые диагностические процедуры могут нанести вред пациенту, о котором больной проинформирован. В данных случаях действительно вина врача отсутствует, и вопрос о раскрытии медицинских ошибок приобретает еще большую сложность [15].

Врачи также могут опасаться, что пациенты или их семьи могут отреагировать на раскрытие ошибок поданным иском в суд и сменой лечащего врача. Действительно, многие пациенты сообщают, что поменяли бы врача, если бы он совершил опасную ошибку [15]. Если пациент обращается в суд, то юридически плохо защищенный врач (в существующем правовом поле) рискует лишиться своего места работы и будет проходить долгое судебное разбирательство. Однако нежелание врачей признавать свои ошибки создает порочный круг: если врачи не говорят об ошибках откровенно, пациенты более негативно относятся к врачу и с большей вероятностью подадут в суд [16].

В связи с этим мы считаем, что врачебная ошибка должна быть раскрыта, потому что, несмотря на краткосрочные неблагоприятные эффекты от этого, описаны гораздо более важные долгосрочные положительные результаты. Так, высказываются следующие аргументы в пользу раскрытия врачебной ошибки: 1) проявление уважения к пациенту; 2) польза для пациента; 3) польза для врача [17].

Раскрытие врачебной ошибки по этическим соображениям является наиболее правильным этическим решением, основанным на уважении автономии пациента и попытке уменьшить неблагоприятные последствия от ошибки. Так, уважая достоинство и право человека знать информацию о своем здоровье и проведенном лечении, врач должен сообщить о совершенной ошибке, так как сокрытие ошибки ведет к утрате доверия и разрыву сотрудничества между врачом и пациентом, воспринимается пациентом как проявление безразличного и неуважительного отношения к нему, влечет за собой широкий спектр негативных эмоций от разочарования и обиды до гнева и возмущения. Кроме того, после понимания причины своего состояния, обусловленного врачебной ошибкой, пациент избавляется от дополнительных исследований, а также, при необходимости ликвидации последствий он будет более ответственно к этому относиться, осознавая все возможные риски.

Среди аргументов «за» раскрытие медицинской ошибки выделяют также снижение смертности больных. Стратегия для снижения смертности от врачебных ошибок включает три шага: 1) делать ошибки видимыми, когда они происходят, чтобы их последствия можно было предотвратить; 2) иметь под рукой средства для спасения пациентов; 3) следуя принципам, которые учитывают человеческие ограничения, сделать ошибки менее частыми [17].

Важно иметь в виду, что врачебная ошибка оказывает негативное влияние и на врачей тоже. Они отмечают повышение тревожности, связанное с риском совершить ошибку в будущем (61 %), потерю уверенности в своих силах (44 %), проблемы со сном (42 %), снижение удовлетворенности работой (42 %), ущерб их репутации (13 %) [18]. В связи с этим раскрытие ошибки и принесение извинений может способствовать уменьшению психологического стресса врача (в литературе такой стресс получил название моральный стресс [19]).

Тем не менее, стоит признать, что те, кто раскрывает информацию об ошибках, могут подвергнуться личной или профессиональной угрозе как со стороны родственников больного, так и со стороны непосредственного руководства врача. При наличии такой

угрозы информация предоставлена не будет: именно поэтому необходимо создавать среду, «свободную от вины», и разделять систему подотчетности [20]. В книге «Утерянное искусство врачевания» Б. Лоун написал: «Я не знаю ни одного случая, когда судебный иск был предъявлен после того, как врач принес пациенту свои извинения. Но я могу вспомнить множество случаев, когда открытое признание врачебных ошибок способствовало установлению доверительных и дружеских отношений с пациентом» [21].

В научной литературе отсутствует алгоритм того, как должна быть раскрыта медицинская ошибка, поэтому в каждом конкретном случае справедливо применить существующие культурные традиции. Со своей стороны, мы могли бы предложить следующий порядок действий. Во-первых, клиницист должен прямо признать, что произошла ошибка и извиниться. Когда человек причиняет вред, извинение является ожидаемой социальной реакцией и необходимым условием возмещения ущерба и получения прощения. Во-вторых, врач должен описать ошибку и ее последствия, что позволит больному лучше и легче справиться с последствиями. В-третьих, клиницист должен объяснить, что можно и нужно сделать, чтобы уменьшить вред для пациента и предотвратить повторение ошибки. Более того, врачу целесообразно сообщить о причинах допущенной ошибки: если пациент узнает, что в произошедшем большую роль играло неполноценное оборудование, отсутствие у врача знаний о новых методах лечения экстропии, отсутствие времени для ожидания более квалифицированной помощи или другие несовершенства системы, то с большей вероятностью пациент будет относиться в дальнейшем к такому врачу с эмпатией. Цель этих действий – восстановить доверие пациента ко всей системе оказания медицинской помощи [10].

Однако каждая клиническая ситуация уникальна и требует подробного этического обоснования. Иногда возможны и другие варианты раскрытия ошибки – например, врач может сообщить о случившемся и выразить сожаление, что это произошло, не беря на себя ответственность за врачебную ошибку [10].

В рассматриваемом случае врачи из Санкт-Петербурга, понимая, что пациенты нуждаются в раскрытии ошибок вне зависимости от того, кто их совершил, сообщили матери пациента о том, что медицинская ошибка имела место быть. Однако это было сделано некорректно: они, не зная всех тонкостей истории пациента, обвинили врача в некомпетентности. Такое отношение вызвано восприятием медицинской ошибки как личной неудачи определенного

врача, а не следствия системных недостатков в организации медицинской помощи. История болезни может быть до конца не ясной даже при условии ознакомления врача с медицинской картой. Кроме того, раскрытие информации может негативно сказаться на взаимоотношении предыдущего лечащего врача с другими пациентами. Если он узнает о подобном инциденте, появляется риск того, что врач убедится в своем мнении не признавать своих ошибок и в последующем не отправит пациентов к данным коллегам, следовательно, еще большее количество пациентов окажутся без надлежащей медицинской помощи.

Столкнувшись с явной и серьезной ошибкой другого медицинского работника, действующий врач может предпринять несколько шагов. Обычно действующему врачу полезно проконсультироваться с коллегами, обладающими соответствующим опытом, чтобы убедиться, что они согласны с тем, что произошла ошибка, а не с расхождением во мнениях относительно лечения. Важно собрать все соответствующие факты, прежде чем выносить суждение или предпринимать действия. В некоторых случаях могут возникнуть разногласия по поводу того, произошла ли ошибка и какими должны быть последующие действия. В таком случае следует активировать институциональные процессы для улучшения качества, например, конференцию по конкретному случаю или экспертную комиссию, с целью информирования пациента, если определено, что произошла ошибка [10].

Рекомендации

В результате проведенного биоэтического анализа кейса можно дать следующие рекомендации:

1. Несмотря на объективные сложности лечения в низкопрофильном региональном центре и бюрократические механизмы перенаправления пациента в другое учреждение, врач должен уважать автономию пациента и его родственников, для чего следует проводить полное информирование о возможных рисках и альтернативах лечения.

2. Выстраивание доверительных отношений с пациентом будет способствовать снижению последующих конфликтов и обращений в суд. Для этого можно было бы рекомендовать региональному врачу раскрыть истинные причины медицинской ошибки и принести извинения. Психологический дискомфорт будет возмещен долгосрочными положительными результатами взаимодействия как с данным, так и с остальными пациентами.

3. Критика предшествующего лечения должна происходить с учетом возможных сложностей диа-

гностики на региональном уровне и недостатка опыта лечения редких патологий. Достижение преимуществ перед своими коллегами через показ их медицинских ошибок без знания настоящих причин предшествующего лечения этически не оправдано.

Заключение

Важной функцией раскрытия врачебной ошибки является предостережение своих коллег от подобных ошибок. Большинство авторов придерживаются мнения о том, что содействие в раскрытии ошибки и помощь в минимизации ее последствий являются профессиональным долгом врача, ставшего свидетелем неблагоприятного события, однако в медицинской среде, имеющей сильные корпоративные связи и культивирующей дух солидарности, этот принцип на практике не стал распространенным явлением.

Дополнительная информация

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Beauchamp and Childress. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. Oxford University Press, 2019.
2. Engelhardt. The Foundations of Bioethics. 2nd ed. Oxford, 1996.
3. Gudorf C.E. A Feminist Critique of Biomedical Principlism // A Matter of Principles? Ferment in US Bioethics / E.R. DuBose, R.P. Hamel & L.J. O'Connell (Eds.). Valley Forge: Trinity Press International. 1994. P. 164–181.

4. Moskop J. Ethics and Health Care. Cambridge University Press, 2016.

5. Тарабрин Р.Е., Шок Н.П. Основы клинической биоэтики: анализ кейсов: Научно-методические материалы. М.: Практическая медицина, 2021. 96 с.

6. Сидорович Ю.С. Гражданско-правовая ответственность за медицинскую ошибку: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. 2005. 32 с.

7. Фомина Т. К. Отношение к проблеме врачебной ошибки средств массовой информации // Медицинский вестник Башкортостана. 2008. Т. 3, № 6. С. 11–13.

8. Blendon R. J. et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors // New England Journal of Medicine. 2002. Vol. 347, no. 24. P. 1933–1940.

9. Краснопева М. К. Современные врачебные ошибки, статистика летальных исходов в России // Проблемы современной науки и образования. 2017. № 34 (116). С. 78–80.

10. Lo B. Resolving Ethical Dilemmas. 6th ed. Philadelphia, USA: LWW, 2019.

11. Рудин Ю. Э. Эписпадия и экстрофия мочевого пузыря. Урология. Национальное руководство / под ред. Н. А. Лопаткина. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. С. 273–293.

12. Объем операции при первичном закрытии мочевого пузыря у детей с экстрофией мочевого пузыря / Ю. Э. Рудин [и др.] // Детская хирургия. 2020. Т. 24, № 1. С. 21–28.

13. Клинические рекомендации. Экстрофия мочевого пузыря: стандарты ведения больных для врачей (фельдшеров) / ред. совет: А. А. Баранов [и др.]. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

14. Ахунзянов А. А., Рашитов Л. Ф., Тахаутдинов Ш. К. Лечение и реабилитация экстрофии мочевого пузыря // Казанский медицинский журнал. 2005. Т. 86, № 3. С. 250–255.

15. Gallagher T.H., Levinson W. Revealing harmful medical errors to patients: time for professional action // Arch Intern Med. 2005. No. 165. P. 1819–1824.

16. Witman A.B., Park D.M., Hardin S.B. How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting // Archives of Internal Medicine. 1996. Vol. 156, no. 22. P. 2565–2569.

17. Makary M.A., Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US // Bmj. 2016. Vol. 353.

18. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada / A.D. Waterman [et al.] // The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2007. Vol. 33, no. 8. P. 467–476.

19. Campbell S.M., Ulrich C.M., Grady C. A broader understanding of moral distress // Moral distress in the health professions. Springer, Cham, 2018. P. 59–77.

20. Runciman W. B., Merry A. F., Tito F. Error, blame, and the law in health care—an antipodean perspective // Annals of Internal Medicine. 2003. Vol. 138, no. 12. P. 974–979.

21. Лоун Б. Утерянное искусство врачевания. М.: Крон-пресс, 1998.

REFERENCES

1. Beauchamp and Childress. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. Oxford University Press, 2019.

2. Engelhardt. The Foundations of Bioethics. 2nd ed. Oxford, 1996.
3. Gudorf C.E. A Feminist Critique of Biomedical Principlism. *A Matter of Principles? Ferment in US Bioethics*. E.R. DuBose, R.P. Hamel & L.J. O'Connell (Eds.). Valley Forge: Trinity Press International. 1994:164–181.
4. Moskop J. Ethics and Health Care. Cambridge University Press, 2016.
5. Tarabrin R.E., Shok N.P. Fundamentals of clinical bioethics: case analysis: Scientific and methodological materials. Moscow: Practical medicine, 2021. 96 p. (in Rus.).
6. Sidorovich Yu.S. Civil liability for medical error: dissertation of a candidate legal sciences. 2005. 32 p. (in Rus.).
7. Fomina T.K. Attitude to the problem of medical error in the media. *Meditsinskiy vestnik Bashkortostana = Medical Bulletin of Bashkortostan*. 2008;3(6):11–13. (in Rus.).
8. Blendon R.J. et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *New England Journal of Medicine*. 2002;347(24):1933–1940.
9. Krasnopeeva M.K. Modern medical errors, statistics of lethal outcomes in Russia. *Problemy sovremennoy nauki i obrazovaniya = Problems of modern science and education*. 2017;34(116):78–80. (in Rus.).
10. Lo B. Resolving Ethical Dilemmas. 6th ed. Philadelphia, USA: LWW, 2019.
11. Rudin Yu.E. Epispadias and bladder exstrophy. Urology. National leadership. Ed. by N.A. Lopatkina. Moscow: GEOTAR-Media, 2009;273–293. (in Rus.).
12. Rudin Yu.E. et al. The volume of surgery for the primary closure of the bladder in children with bladder exstrophy. *Detskaya khirurgiya = Pediatric surgery*. 2020;24(1):21–28. (in Rus.).
13. Clinical guidelines. Bladder exstrophy: standards of patient management for physicians (paramedics). Ed. advice: A. A. Baranov et al. Moscow: GEOTAR-Media, 2015. (in Rus.).
14. Akhunzyanov A. A., Rashitov L. F., Takhautdinov Sh. K. Treatment and rehabilitation of bladder exstrophy. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal = Kazan Medical Journal*. 2005;86(3): 250–255. (in Rus.).
15. Gallagher T.H., Levinson W. Revealing harmful medical errors to patients: time for professional action. *Arch Intern Med*. 2005;165:1819–1824.
16. Witman A.B., Park D.M., Hardin S.B. How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting. *Archives of Internal Medicine*. 1996;156(22):2565–2569.
17. Makary M.A., Daniel M. Medical error – the third leading cause of death in the US. *Bmj*. 2016;353.
18. Waterman A.D. et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2007;33(8):467–476.
19. Campbell S.M., Ulrich C.M., Grady C. A broader understanding of moral distress. *Moral distress in the health professions*. Springer, Cham, 2018:59–77.
20. Runciman W. B., Merry A. F., Tito F. Error, blame, and the law in health care-an antipodean perspective. *Annals of Internal Medicine*. 2003;138(12):974–979.
21. Lone B. Lost art of healing. Moscow: Kron-press, 1998. (in Rus.).

Информация об авторах

Р.Е. Тарабрин – ассистент кафедры гуманитарных наук, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова; преподаватель кафедры практических дисциплин, Сретенская духовная академия, Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5390-9205>, E-mail: romanscript@yandex.ru

А.С. Золотухина – студентка лечебного факультета, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7982-0006>, E-mail: romanscript@yandex.ru

А.В. Афанасьева – студентка стоматологического факультета, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8433-5411>, E-mail: romanscript@yandex.ru

П.М. Кихасурова – студентка лечебного факультета, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5739-8393>, E-mail: romanscript@yandex.ru

Information about authors

R.E. Tarabrin – assistant of the Department of Humanities, I. M. Sechenov First Moscow State Medical University; Lecturer, Department of Practical Disciplines, Sretenskaya Theological Academy, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5390-9205>, E-mail: romanscript@yandex.ru

A.S. Zolotukhina – student of the Faculty of Medicine, I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7982-0006>, E-mail: romanscript@yandex.ru

A.V. Afanasyeva – student of the Faculty of Dentistry, I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8433-5411>, E-mail: romanscript@yandex.ru

P.M. Kikhasurova – student of the Faculty of Medicine, I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5739-8393>, E-mail: romanscript@yandex.ru