

8. Hudyakova D.V. Bioetika i sovremennaya medicinskaya praktika: «blago» i «zdorov'e» // *Mezhdunarodnyj zhurnal eksperimental'nogo obrazovaniya*. - 2017. - № 4-1. - S.57-58.
9. UNESCO, 2014. Casebook on Human Dignity and Human Rights, Bioethics Core Curriculum Casebook Series, No. 1, UNESCO: Paris, 144 pp.
10. Darryl R.J. Macer, Ph.D. Moral Games for Teaching Bioethics UNESCO Chair in Bioethics. Paris. 2014.
11. Donika A.D. Sociological studies in medicine: Bioethical content (Russian experience). *Medicine and Law*. V.37. Issue 2. June 2018. P. 315-326.
12. Donika A.D. The study of professional deformations of doctors as deviations of their professional role // *International Journal of Pharmacy and Technology*. 2016. T. 8. № 2. C. 13746-13761.
13. Chen B., Goshen E., Karmi T. Freedom of expression versus respect for the profession // UNESCO Chair in Bioethics 10th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Jerusalem, Israel, January 6-8, 2015 / Program and Book of Abstracts – P.26-27.
14. Sedova N.N. Methodology Connection Between Bioethics & Law // 23rd Annual of World Association for Medical Law (WAML) Congress. July 10-13, 2017 Baku, Azerbaijan // Book of Abstracts - p.99.

УДК 614.253.83

О ЗНАЧЕНИИ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ КОММУНИКАЦИЙ В ПОВЫШЕНИИ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

А. М. Карсанов

*кандидат медицинских наук, профессор кафедры
хирургических болезней №3, ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская
государственная медицинская академия»;*

*врач-онколог, негосударственное учреждение
здравоохранения «Узловая больница на ст. Владикавказ ОАО
«РЖД», Владикавказ,*

ORCID 0000-0001-8977-6179, karsan@inbox.ru

Е.А. Берсенева

*доктор медицинских наук, руководитель Центра
высшего и дополнительного профессионального образования
ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт
общественного здоровья им. Н.А. Семашко»,*

ORCID 0000-0003-3481-6190,

eaberseneva@gmail.com

О. В. Ремизов

*Доктор медицинских наук, ректор, ФГБОУ ВО
«Северо-Осетинская государственная медицинская
академия»,*

ORCID 0000-0003-4175-5365, oleg_remizov@mail.ru

Безопасность лечения хирургических пациентов (БХП) рассматривается авторами в виде комплексного понятия, объединяющего прогрессивные образовательные, клинические и управленческие технологии, направленные на предотвращение негативных последствий хирургического лечения, на основе их внутренних связей и общих перспектив развития. Последние удаётся проследить при структуризации системы БХП на пять компонентов. Значительные сложности с организацией качественной и безопасной хирургической помощи в немалой степени обусловлены недостатками медицинских коммуникаций между субъектами медицинского права и низким уровнем командной работы сотрудников. В статье обосновывается, что в общей концепция повышения БХП равноправное место занимают мероприятия по совершенствованию биоэтической и коммуникационной составляющей лечебного процесса. В дополнение к традиционным формам внутреннего контроля качества медицинской помощи, авторы внедрили разработанные ими принципы мониторинга информационно-правового компонента БХП, которые основаны на оценке степени

“коммуникационной удовлетворённости” всех участников лечебного процесса. Подобный научно-практический подход позволил оценить адекватность мероприятий по реализации комплексного подхода к БХП.

Ключевые слова: хирургия, безопасность пациентов, комплексный подход, межличностные коммуникации.

ON THE IMPORTANCE OF CONTROL OF THE LEVEL OF INTERFERENCE COMMUNICATIONS IN IMPROVING SAFETY OF TREATMENT OF SURGICAL PATIENTS

A. M. Karsanov

*Candidate of medical Sciences, Associate professor of
the Department of Surgical Diseases №3 of North-Ossetian State
Medical Academy;*

*Oncologist, Non-governmental institution «Railway
Hospital at the station Vladikavkaz» JSC Russian Railways,
Vladikavkaz,*

ORCID 0000-0001-8977-6179, karsan@inbox.ru

E.A. Berseneva

*doctor of Medical Sciences, head of the higher and
additional professional education of the National Research
Institute for public health,*

ORCID 0000-0003-3481-6190,

eaberseneva@gmail.com

O. V. Remizov

*Doctor of Medical Sciences, Rector of North-Ossetian
State Medical Academy, ORCID 0000-0003-4175-5365,
oleg_remizov@mail.ru*

The safety of the treatment of surgical patients (SSP) is considered by the authors in the form of a complex concept combining progressive educational, clinical and management technologies aimed at preventing the negative consequences of surgical treatment based on their internal connections and overall development prospects. The latter can be traced when structuring the SSP system into five components. Significant difficulties with the organization of quality and safe surgical care are due in large part to the shortcomings in medical communications between medical law subjects and the low level of teamwork of employees. The article substantiates that in the overall concept of increasing SSP, the measures to improve the bioethical and communication component of the treatment process take an equal place. In addition to the traditional forms of internal quality control of medical care, the authors implemented their principles of monitoring the information and legal component of SSP, which are based on an assessment of the degree of "communication satisfaction" of all participants in the treatment process. Such a scientific and practical approach made it possible to assess the adequacy of measures to implement an integrated approach to SSP.

Key words: surgery, patient safety, complex approach, interpersonal communications.

Современная практика оказания хирургической помощи отличается сложностью и зависима от ряда объективных и субъективных факторов. Основными среди них являются: неоднородный исходный соматический статус различных пациентов, оперативно меняющаяся клиническая ситуация, необходимость использования широкого спектра медицинских технологий, ускоренный темп принятия множества решений в ургентной ситуации и многовекторное давления со стороны административных и надзорных структур [4, 5]. В таких обстоятельствах риск нежелательных, хотя порой – высоковероятных по определению явлений, неблагоприятных исходов лечения и конфликтных ситуаций, не просто возможен, но и неизбежен. Несмотря на технологический прогресс в развитых

странах здоровью каждого 7-10 пациента причиняется вред во время стационарного лечения [10].

Результаты ряда выполненных в стране исследований выявили отсутствие у коллег понимания комплексного характера и мультидисциплинарной сущности проблемы обеспечения безопасности пациентов (БП) в хирургии [4, 5].

Основные усилия, направленные на обеспечение БП, сосредоточены на мероприятиях по изучению эпидемиологии ошибок и нежелательных явлений, а также на совершенствовании технического и организационного компонентов лечебного процесса, но врачебная практика ежедневно доказывает, что предлагаемых комплексов профилактики неблагоприятных исходов хирургического лечения недостаточно. Кроме клинических факторов и технологических предпосылок, к основным причинам высокого риска возникновения нежелательных последствий хирургического лечения следует отнести и недостатки медицинских коммуникаций между субъектами медицинского права и плохую работу медицинских работников в команде [6].

Если рассматривать информационно-правовой компонент обеспечения современной медицинской помощи, то, при всём кажущемся внешнем благополучии с этим компонентом обязательных врачебных компетенций в медицинской организации (МО) любого уровня, пристальный анализ состояния обеспечения прав пациентов даёт неожиданные результаты.

Так, согласно данным специалистов Росздравнадзора России, проводившим внешние аудиты выборочно в 10 МО страны, оказалось, что от $\frac{1}{2}$ до $\frac{3}{4}$ хирургических пациентов не смогли назвать, какие именно документы они подписывали (в рамках информированного согласия). Пациенты не знали, в чём именно заключалось выполненное им оперативное вмешательство. Оказалось, что они также не могут назвать потенциальные осложнения, которые с ними обсуждались лечащим врачом-хирургом заранее. Кроме того, пациенты не смогли вспомнить, какова планировалась продолжительность и особенности реабилитационного периода после операции [3]. И в данном случае не особенно важно, проводили ли хирурги с ними все необходимые по закону согласования или пациенты сами безучастны к своей “медицинской судьбе”, поскольку принцип осознанного принятия пациентом важных решений нарушается в обоих случаях [1, 2, 4, 8, 10]. Также как и нарушается основа для контроля со стороны пациента всего процесса восстановления его собственного здоровья [6,7,13].

Эти цифры более чем красноречиво свидетельствуют о необходимости детального изучения качества информационного сопровождения лечебного процесса и полноты правового обеспечения современной хирургической помощи в каждой МО [3, 6-8]. Уже многократно было доказано, что игнорирование преимуществ использования этих двух важнейших компонентов современной медицинской помощи вступает в противоречие с сутью коллегиальной модели взаимоотношений лечащего врача и пациента, не только законодательно, но и фактически закрепляющей права последнего [1, 2, 6, 8, 9]. Именно поэтому в общей концепция повышения безопасности лечения хирургических пациентов равноправное место занимают мероприятия по

совершенствованию биоэтической и коммуникационной составляющей лечебного процесса [3, 11, 12].

Не подвергается сомнению, что в своей каждодневной работе медицинские работники должны уделять особое внимание качественному общению с пациентами, однако, при организации и администрировании целостного комплекса “безопасной хирургической помощи” в МО, руководителям следует предусмотреть эффективный механизм контроля за уровнем “коммуникационной удовлетворённости”, как пациентов, так и медицинских работников.

Цель нашего исследования состояла в проведении мониторинга качества межличностных коммуникаций между пациентами и медицинскими работниками как одного из критериев эффективности комплексного подхода к БП.

Материал и методы. В рамках контрольно-административных функций, а также для того, чтобы оценить “отдалённый” эффект от начала внедрения системы контроля качества и безопасности хирургических пациентов в НУЗ «Узловая больница на ст. Владикавказ ОАО «РЖД» (УБ) нами было синхронно проведено анкетирование 33 врачей, 49 медицинских сестёр (МС) и 105 пациентов в 2017 г.

Статистический анализ был произведен на персональном компьютере с помощью программ Microsoft Access 7.0 и Microsoft Excel 7.0. Данные представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее, m – стандартная ошибка среднего. При сравнении средних величин в различных группах использовали критерий Стьюдента. Различие в показателях считали статистически достоверным при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Достижение декларируемых показателей высокого качества хирургического лечения и БП невозможно без чёткой регламентации многогранной и комплексной работы по реализации системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности (ККБМД) в МО.

Общеизвестно, что на современном этапе уже недостаточно стремиться только к контролю, а следует развивать систему управления (менеджмента) качеством медицинской помощи в рамках максимально возможного стандарта БП. Добиться этого в МО не удастся без качественного улучшения уровня организации и координирования мотивационных, образовательных, коммуникационных, диагностических, лечебных и контрольных мероприятий в большей части учреждений национальной системы практического здравоохранения.

Следуя этой логике, исследование проблемы БП в хирургии мы исходно строили на комплексной основе. Попытки соответствовать сути комплексного принципа построения научного исследования, а именно – целенаправленному и планомерному установлению и применению системы взаимосвязанных требований к объекту исследования (в нашем случае – к обеспечению безопасности хирургических пациентов) на базе разных научных дисциплин, привели нас к пониманию необходимости корректного определения сути принятия “безопасность пациентов”.

Дело в том, что в нашей стране качество и безопасность медицинской помощи трактуются как неразрывные понятия [5]. И если, согласно п. 21, статьи 2 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

“Качество медицинской помощи” (КМП) – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата”, то официального определения значения термина “безопасность пациентов” в анналах национального медицинского права нет.

Именно необходимость разработки системообразующего принципа организации хирургической помощи, в максимальной степени отвечающего требованиям, как безопасности, так и высокого КМП побудила нас к созданию такого определения БП в хирургии, которое бы соответствовало логике, семантике и конструктивной типологии построения смысла этого многогранного клинического понятия. В итоге мы предлагаем рассматривать под термином “**Безопасность хирургических пациентов**” – комплексное понятие, объединяющее прогрессивные образовательные, клинические и управленческие технологии, направленные на предотвращение негативных последствий хирургического лечения на основе их внутренних связей и общих перспектив развития.

Безусловная необходимость включения в понятие “безопасность хирургических пациентов” неклинических слагаемых продиктована логикой комплексного подхода к проблеме. На наш взгляд эта логика подразумевает:

- обязательное присутствие общей информационной, правовой и мотивационной платформы для эффективного управления персоналом,
- необходимость внедрения прогрессивных форм дополнительного профессионального образования сотрудников для роста их квалификации,
- обеспечение прогрессивного управленческого воздействия при осуществлении организационной и контрольно-административной деятельности на уровне каждой МО для реализации эффективного управления многочисленными рисками.

Мы убеждены, что в качестве обязательных структурных составляющих системы безопасности хирургических пациентов должны быть представлены:

- информационно-правовой компонент (мероприятия по повышению качества биоэтических взаимоотношений, высокий уровень медицинских коммуникаций всех участников лечебного процесса, повышение информационной доступности необходимых знаний для пациента, рост правовой защищённости пациентов и медицинских работников);
- образовательно-мотивационный компонент (мероприятия по повышению профессиональной компетентности медицинских работников и высокого уровня мотивации среди них и пациентов);
- хирургический (периоперационный) компонент (внедрение прогрессивных хирургических технологий и риск-менеджмента на всех этапах хирургического лечения);
- контрольно-административный компонент (контроль и управление качеством и безопасностью выполнения хирургических вмешательств и сопутствующего лечения);
- организационный компонент (современный уровень организации и координации при реализации всех выше изложенных компонентов) (рис. 1).

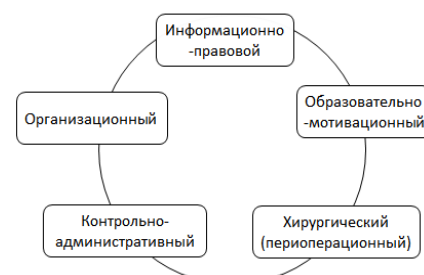


Рис. 1. Компоненты системы безопасности пациентов в хирургии

Наш опыт реализации комплексного подхода к БП в хирургии базируется на чётком плане и принципах реализации мероприятий по итогам результатов ККБМД в УБ, среди них:

1. **Организационные** – проведение совещаний, конференций, инструктажей, издание приказов, инструкций, регламентов, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи, административные обходы, административные дежурства в вечерние часы, выходные и праздничные дни, работа врачебных комиссий (подкомиссий) и другие;
2. **Образовательные** – проведение клинических разборов, патологоанатомических конференций, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой (в том числе через сеть Интернет), организация дистанционного обучения и другие;
3. **Дисциплинарные** – применение дисциплинарных взысканий в соответствии с трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями работников;
4. **Экономические** – использование показателей качества медицинской помощи для дифференцированной оплаты труда медицинских работников, контроль за использованием ресурсов;
5. **Мероприятия по совершенствованию материально-технической базы**, информатизации медицинской организации – проведение ремонтов, обновление оборудования, внедрение информационных систем;
6. **Мероприятия по совершенствованию укомплектованности медицинской организации медицинскими работниками** – планирование подготовки специалистов, обеспечение преемственности, наставничество.

Согласно цели данной статьи, в УБ по итогам 2017 года работы было проведено социологическое исследование, своего рода внутренний аудит, суть которого состояла в одновременном анкетировании врачей, МС и пациентов. Результаты анкетирования разных категорий респондентов, свидетельствующие об уровне их “коммуникационной удовлетворённости”, были синхронизированы между собой при анализе и корреляции ответов на схожие вопросы.

Так 24 врача из 33 опрошенных (72,7±7,7%) не сомневаются, что пациенты считают их высококвалифицированными специалистами. Среди пациентов подобную высокую оценку своим врачам дали все 105 опрошенных (p<0,001). 23 врача (69,7±8,0%) уверены, что в глазах пациента они

представляются специалистами, добивающимися хороших профессиональных результатов. Пациенты при ответе на этот вопрос продемонстрировали, что оценивают своего лечащего врача значительно выше, чем он сам, поскольку положительно ответили 100 респондентов ($95,2\pm 2,1\%$), что в пределах значимой статистической достоверности ($p<0,01$).

20 врачей ($60,6\pm 8,5\%$) полагают, что на взгляд пациентов они выглядят заботливыми и сострадательными, в то время как сами пациенты дали положительный ответ на этот вопрос в $96,2\pm 1,9\%$ ($n=101$) ($p<0,001$). 28 врачей ($84,8\pm 6,2\%$) не подвергают сомнению то, что пациенты видят в них специалистов, уделяющих достаточно времени общению со своими больными. Последние же придерживаются подобного мнения в большем числе случаев – в 102 ($97,1\pm 1,6\%$), хотя разность в мнениях по этому вопросу и не достигла статистической достоверности ($p>0,05$). В том, что пациентам они видятся в качестве ценного сотрудника, уверены 20 врачей ($60,6\pm 8,5\%$) и они опять оказались более критичными при оценке своей профессиональной ценности, чем пациенты, поскольку последние оказались позитивны в этом вопросе в 101 случае из 105 ($96,2\pm 1,9\%$) ($p<0,001$).

Результаты исследования качества медицинских коммуникаций между пациентами и МС также представляют интерес. Только 25 МС из 49 опрошенных ($51,0\pm 7,1\%$) полагают, что пациенты считают их высококвалифицированными специалистами. Это достоверно более низкий показатель при сравнении с мнением врачей по этому пункту ($72,7\pm 7,7\%$) ($p<0,01$). Для сравнения среди пациентов подобную оценку контактирующим с ними МС дали 103 респондента ($98,1\pm 1,3\%$) ($p<0,001$ по сравнению с самооценкой МС).

43 МС ($87,8\pm 4,7\%$) уверены, что в глазах пациентов они представляются добивающимися хороших профессиональных результатов. Самооценка представителей среднего медицинского персонала по этому пункту была достоверно выше, чем врачей, среди которых это показатель составил в среднем $69,7\pm 8,0\%$ ($p>0,05$). Ответы пациентов на этот вопрос продемонстрировали, что они высоко оценивают контактирующих с ними МС по этой профессиональной характеристике в $92,4\pm 2,6\%$ ($n=97$) и эта оценка была адекватна самооценке МС ($p>0,05$).

Заботливыми и сострадательными, по собственному мнению, выглядят 29 МС ($59,2\pm 7,0\%$), что не отличается от самооценки врачей по данному пункту анкеты ($60,6\pm 8,5\%$) ($p>0,05$). Сами же пациенты дали положительный ответ на этот вопрос в $96,2\pm 1,9\%$ ($n=101$) ($p<0,001$, по сравнению с самооценкой МС).

28 МС ($57,1\pm 7,1\%$) уверены, что пациенты считают их специалистами, уделяющими достаточно времени общению со своими подопечными. Последние же придерживаются подобного мнения в 102 случаях ($97,1\pm 1,6\%$) ($p<0,001$). При сравнении самооценок по этой характеристике, мнение врачей о своих профессиональных качествах оказалось более высоким – $84,8\pm 6,2\%$, чем представителей среднего медицинского персонала ($p<0,05$).

Наши МС в только 22 случаях из 49 ($44,9\pm 7,1\%$) не сомневаются, что они видятся пациентам ценными сотрудниками, хотя пациенты столь высоко оценили наш средний персонал в 100 случаях из 105 ($95,2\pm 2,1\%$) ($p<0,001$). Разности во мнениях между старшим ($60,6\pm 8,5\%$) и средним

медицинским персоналом в данном пункте не было выявлено ($p>0,05$).



Рис. 2. Положительное мнение разных групп респондентов о продуктивности и высоком качестве взаимного общения

То, что их общение с пациентами бывает продуктивным, считают 28 врачей ($84,8\pm 6,2\%$) и все 100% пациентов. Убеждены в продуктивности своего общения с пациентами все 49 МС (100%), а с МС – 98 пациентов ($93,3\pm 2,4\%$) ($p<0,01$). При этом врачи оценивают продуктивность своего общения с пациентами более сдержанно, чем средний медицинский персонал ($p<0,05$) (рис. 2).

Полную удовлетворённость качеством общения с пациентами продемонстрировали 22 врача ($66,7\pm 8,2\%$) и опять же все пациенты (100%). При оценке взаимоотношений: средний медицинский персонал – пациенты, удовлетворённость качеством взаимного общения продемонстрировали 47 МС ($95,9\pm 2,8\%$) и опять же все пациенты (100%) ($p>0,05$), что применительно к медицинским работникам иллюстрирует больший оптимизм у МС, чем у врачей ($p<0,01$).

Степень взаимной полезности общения врачей и пациентов в анкете предлагалось выразить в процентах. Представительницы среднего медицинского персонала оценили степень взаимной полезности своего общения с пациентами в $88,9\pm 2,0\%$, что оказалось выше, чем мнение врачей по этому пункту анкеты ($81,7\pm 2,9\%$) ($p<0,05$). Что касается параллельного мнения пациентов, то они одинаково достоверно выше оценили полезность для себя процесса общения с МС, выразившуюся в $98,3\pm 0,6\%$ и с врачами – $98,5\pm 0,8\%$ ($p<0,001$ для обоих сравнений с мнением медицинских работников) (рис. 3).

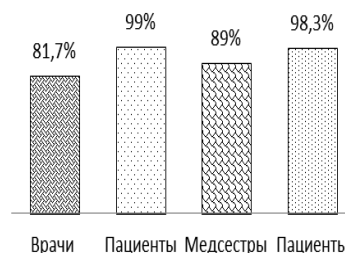


Рис. 3. Выявленная при анкетировании степень полезности взаимного общения медицинских работников и пациентов

При попытке оценки своей профессиональной подготовленности в вопросах общения с пациентами и их представителями, МС в среднем определили её степень на уровне $87,7\pm 1,6\%$.

Этот показатель был равен параметру,

полученному при анкетировании врачей – 87,6±2,0%. МС, считающих необходимым усовершенствовать свои навыки общения с пациентами оказалось 39 (79,6±5,8%), в то время как врачей с подобным мнением было 22 (66,7±8,2%) ($p>0,05$).

Необходимость включения вопросов совершенствования медицинских коммуникаций в программу преддипломной подготовки специалистов поддерживает 31 МС (63,3±6,9%), что достоверно уступает показателю врачей ($n=31$ или 93,9±4,1%) ($p<0,05$). Того же мнения, но уже применительно к последипломному обучению, придерживаются 28 МС (57,1±7,1%), что ещё более достоверно уступает ($p<0,01$) потребности врачей в расширении программы последипломного обучения, которую поддерживают 29 респондентов (87,9±5,7%).

В целом следует признать, что все категории наших респондентов считают уровень межличностных медицинских коммуникаций, сложившихся на период исследования, как высокий. Нас как организаторов комплексного подхода к БП не может не радовать, что контрольно-административные и организационные мероприятия по обеспечению ККБМД в УБ, способствовали объективному уровню самокритичности сотрудников и высокой степени удовлетворённости пациентов.

Так, ни по одному из вопросов анкеты, степень удовлетворённости качеством медицинских взаимоотношений наших врачей и МС не превысило этот показатель у пациентов. Пациенты по всем характеристикам дали более положительные оценки контактирующим с ними медицинским работникам. Это касается: оценки квалификации персонала, способности добиваться высоких профессиональных результатов, способности проявлять сострадание и заботу о пациенте, тщательности при соблюдении биоэтических аспектов работы и профессиональной ценности наших медицинских работников.

Заключение. Обеспечение лучшего доступа населения к медицинской помощи и высокий уровень ее безопасности имеют решающее значение для эффективности практической модели здравоохранения, реализуемой в каждой МО.

В современных условиях эффективно оказывать хирургическую помощь пациентам возможно только с обязательной реализацией комплексных мер по правовой защищённости пациентов, основанной на высоком уровне биоэтических взаимоотношений субъектов медицинского права и качестве межличностных коммуникаций, возникающих в процессе лечения.

В повседневной врачебной практике следует уделять повышенное внимание совершенствованию коммуникационных навыков сотрудников, а также обеспечению регулярного мониторинга степени «коммуникационной удовлетворенности» пациентов. Использование целенаправленных внутренних аудитов по оценке уровня информационно-правового компонента системы обеспечения БП в хирургии позволяет провести прецизионную детализацию именно биоэтических аспектов лечебной работы и получить дополнительные основания для её совершенствования.

Литература:

1. Доника А. Д. Медицинское право: европейские традиции и международные тенденции // Биоэтика. – 2012. –

№ 2(10). – С. 59–62.

2. Доника А. Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика. – 2015. – № 1(15). – С. 35–37.

3. Иванов И. В., Швабский О. Р., Минулин И. Б., Щелыкина А. А. Результаты аудитов качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях // Менеджмент качества в медицине. – 2018. – № 1. – С. 18–22.

4. Карсанов А. М. Менеджмент качества как основа обеспечения безопасности пациентов в хирургии // Менеджмент качества в медицине. – 2018. – № 1. – С. 42–47.

5. Карсанов А. М. Система менеджмента качества и безопасность пациента в хирургии // Вестник Росздравнадзора. – 2017. – № 6. – С. 52–56.

6. Маскин С. С., Карсанов А. М., Лопастейский Д. С., Кокаев И. П. Биоэтические основы безопасности пациентов // Биоэтика. – 2014. – № 2(14). – С. 37–40.

7. Петров В.И., Седова Н.Н. О чем забыли сказать в новом законе // Биоэтика. – 2011. – № 2(8). С.28-29

8. Седова Н. Н. Биоэтика. Учебник для студентов медицинских вузов. – М.: Изд-во «КноРус», 2016. – 242 с.

9. Седова Н. Н., Навроцкий Б. А., Волчанский М. Е. и др. Теория и практика применения качественных методов социологии в медицине // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2015. – № 3. – С. 686–702.

10. Donika A. Sociological studies in medicine: Bioethical content (Russian experience). Medicine and Law. 2018. T.37. № 2. С.315-326.

11. Donika A.D. The study of professional deformations of doctors as deviations of their professional role // International Journal of Pharmacy and Technology. 2016. T. 8. № 2. С. 13746-13761.

12. Remizov O. V., Sazhin V. P., Karsanov A. M. On bioethical component of patient safety in surgery // Bioethics. – 2017. – № 1(19). – pp. 44–48.

13. Sedova N.N. Methodology connection between bioethics & law. В книге: 23rd Annual Congress of World Association for Medical Law Book of Abstracts. 2017. С. 99.

References:

1. Donika A. D. Meditsinskoe pravo: evropeyskie traditsyi i mezhdunarodnye tendentsii // Bioethika. – 2012. – № 2(10). – pp. 59–62.

2. Donika A. D. Problema formirovaniya eticheskikh regulyatorov professionalnoy deyatelnosti vracha // Bioethika. – 2015. – № 1(15). – pp. 35–37.

3. Ivanov I. V., Shvabskiy O. R., Minulin I. B., Shcheblykina A. A. Results of audits of quality and safety of medical activity in hospital // Menedzhment kachestva v medicine. – 2018. – № 1. – pp. 18–22.

4. Karsanov A. M. Quality management as the basis of systemicity in the safety of patients in surgery // Menedzhment kachestva v medicine. – 2018. – № 1. – pp. 42 – 47.

5. Karsanov A. M. Quality management system and patient safety in surgery // Vestnik Roszdravnadzora. – 2017. – № 6. – pp. 52–56.

6. Maskin S. S., Karsanov A. M., Lopastejskiy D. S., Kokaev I. P. Bioethicheskie osnovy bezopasnosti patsientov // Bioethika. – 2014. – № 2(14). – pp. 37–40.

7. Petrov V.I., Sedova N.N. O chem zabyli skazat' v novom zakone // Bioethika. – 2011. – № 2(8). С.26-25

8. Sedova N. N. Bioethika. Uchebnik. M.: Izd-vo «KnoRus», 2016. – 242 s.

9. Sedova N. N., Navronskij B. A., Volchanskiy M. E. i dr. Teoriya i praktika primeneniya kachestvennykh metodov sotsiologii v meditsine // Meditsinskiy Vestnik Severnogo Kavkaza. – 2015. – № 3(10). – pp. 686–702.

10. Donika A.D. Sociological studies in medicine: Bioethical content (Russian experience). Medicine and Law. V.37. Issue 2. June 2018. P. 315-326.

11. Donika A.D. The study of professional deformations of doctors as deviations of their professional role // International Journal of Pharmacy and Technology. 2016. T. 8. № 2. С. 13746-13761.

12. Remizov O. V., Sazhin V. P., Karsanov A. M. On bioethical component of patient safety in surgery // Bioethics. – 2017. – №

УДК 614.253.83

ТАТУАЖ: ЭТИКА ИСПОЛНЕНИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

О.Н. Карымов

заведующий отделением лазеротерапии и других аппаратных методов лечения и диагностики, к.м.н., Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы», г.Москва, med_lazer@mail.ru

Н.Н. Потеев

главный специалист дерматовенеролог и косметолог Департамента здравоохранения Москвы, заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии РНИМУ им. Н.И.Пирогова; д.м.н., профессор, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва, med_lazer@mail.ru

А.А. Воробьев

заведующий оперативной хирургии и топографической анатомии, д.м.н., профессор, Волгоградский государственный медицинский университет, г.Волгоград, cos@volgmed.ru

С.А. Калашникова

заведующий кафедрой морфологии, д.м.н., Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Пятигорск, kalashnikova-sa@yandex.ru

И.Ю. Крайнова

врач-косметолог, аспирант кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины, Волгоградский государственный медицинский университет, г.Волгоград, beautydoctor@inbox.ru

В последнее время чрезвычайно интенсивно развивается мода на tattoo (в переводе – татуаж, татуировка). Социально-культурные причины этого явления изучены сейчас лучше, чем последствия данных процедур. В то же время, процедуры татуажа могут провоцировать клинические риски, актуализация которых требует вмешательства врачей-дерматологов, а в ряде случаев и других специалистов. Данная статья содержит результаты исследования таких рисков, цель авторов – разработка классификации осложнений татуажа и предложений по их профилактике. Анализ проведен методом контент-анализа литературных источников и методом кейс-стади, использованы специальные методы клинико-лабораторной диагностики. Выделены ситуации, при которых актуализация потенциальных рисков татуажа происходит в результате недостаточной информированности клиента и несоблюдении других норм биоэтики. Даны рекомендации по профилактике рисков татуажа для здоровья. Предложено юридически закрепить статус татуажа как медицинской услуги, что позволит строже контролировать выполнение здоровьесберегающих функций в тату-салонах и проводить эффективную профилактику описанных рисков.

Ключевые слова: татуаж, татуировка, классификация осложнений, информированное согласие, клинико-лабораторная диагностика.

TATTOO: ETHICS OF PERFORMANCE AND CLASSIFICATION OF COMPLICATIONS

Oh. N. Karimov

Head of the Department of laser therapy and other hardware methods of treatment and diagnostics, PhD, State budgetary institution of health care of Moscow "The Moscow scientific and practical center of dermatovenerology and cosmetology of Department of health care of Moscow", Moscow, med_lazer@mail.ru

N. N. Poteev

Chief specialist dermatovenerologist and cosmetologist of the Department of health of Moscow, Head of the Department of skin diseases and cosmetology, RNRMU N.I.Pirogova; MD, Professor, State budgetary institution of health care of Moscow "Moscow scientific and practical center of dermatovenerology and cosmetology of Department of health care of Moscow", Moscow, med_lazer@mail.ru

A. A. Vorobyov

Head of the Department of operative surgery and topographic anatomy, MD, Professor, Volgograd state medical University, Volgograd, cos@volgmed.ru

S. A. Kalashnikov

Head of the Department of morphology, Ph. D., Pyatigorsk medical-pharmaceutical Institute – branch of Volgograd state medical University, Ministry of health of Russia, Pyatigorsk, kalashnikova-sa@yandex.ru

I. Yu. Krainova

cosmetologist, post-graduate student of the Department of philosophy, bioethics and law with the course of sociology of medicine, Volgograd state medical University, Volgograd, beautydoctor@inbox.ru

Fashion tattoo extremely developing intensively lately. The socio-cultural causes of this phenomenon are now better understood than the consequences of these procedures. At the same time, tattooing procedures can provoke clinical risks, the actualization of which requires the intervention of dermatologists, and other specialists in some cases. This article contains the results of the study of such risks, the aim of the authors is to develop a classification of tattooing complications and proposals for their prevention. The analysis was carried out by the method of content analysis of literature sources and by the method of case study, special methods of clinical and laboratory diagnostics were used. There are situations in which the actualization of the potential risks of tattooing occur as a result of lack of the client's awareness and non-compliance with other norms of bioethics. Recommendations for the prevention of the risks of tattooing for health were given. It is proposed to legally fix the status of tattooing as a medical service, which will allow stricter control over the performance of health-saving functions in tattoo parlors and conduct effective prevention of the described risks.

Key words: tattoo, classification of complications, informed consent, clinical and laboratory diagnostics.

Введение.

Татуировкой называется искусственное нарушение целостности кожных покровов с помощью колющих (или режущих) инструментов с последующим введением в кожу красящих веществ с целью получения стойких, не исчезающих рисунков или изображений. В настоящее время все большее распространение в популяции получает явление татуажа, представленного различными техниками выполнения. Наиболее древним стилем считается полинезийский - этнический стиль тату, возникший на Полинезийских островах, который признан одним из