



## ОСОБЕННОСТИ КОНФЛИКТА «ПАЦИЕНТ – ХИРУРГ»

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, г. Саратов,  
Российская Федерация

**Цель.** Анализ причин и характера жалоб на врачей-хирургов, изучение проблемы защиты профессиональной деятельности врача.

**Материал и методы.** По информации, предоставленной Территориальным органом для контроля качества оказания медицинской помощи по Саратовской области, за 2018 год и 5 месяцев 2019 года в него для рассмотрения поступило 1699 обращений граждан. Из них имели место 42 жалобы на качество оказания медицинской помощи в лечебных учреждениях области по профилю «хирургия», что составило 9,3% от общего количества.

**Результаты.** По полученным сведениям, больше всего претензий к работе хирургов в центральных районных больницах (ЦРБ) – 10 (23,8%) жалоб. Первое место по количеству жалоб занимают хирургические отделения стационаров – 16 (38,1%) случаев, на втором месте – амбулатории ЦРБ и поликлиники (14 (33,3%) случаев), на третьем месте – частные клиники (7 (16,7%) случаев).

Суть многих жалоб, прежде всего, состоит в обращении за профессиональным анализом случая лечения с неблагоприятным исходом. При неудачном лечении большинство пациентов и их родственников чаще всего (24 (57,1 %) случая) требовали просто проведения проверки случая лечения и/или лечебного учреждения, а не уголовного наказания. В 1 (2,4%) случае пациент хотел просто сообщить о проблеме, связанной с диагностикой и лечением его заболевания. В тексте их жалоб данные о каком-либо уголовном наказании хирургов отсутствовали.

**Заключение.** Конфликт «хирург – пациент» в виде жалобы – это структурно сложный процесс с объективными и субъективными составляющими, на которые оказывают влияние самые различные факторы риска. Нарастающее несоответствие между защитой пациента и врача-хирурга при передаче жалоб в контролирующие и правовые органы постепенно усиливает искажение их анализа.

*Ключевые слова:* хирургия, врачебная ошибка, конфликт, право, жалоба

**Objective.** Analysis of the causes, nature of complaints against surgeons, studying of problems of protecting the professional activities of a physician.

**Methods.** According to information provided by the Territorial Authority to monitor the health service quality in Saratov Region, for the period of 2018 – 5 months of 2019, 1699 citizens' complaints were received. 42 complaints were received regarding the quality of medical care in the medical institutions of the region in the "surgery" profile, which accounted for 9.3% of the total number of complaints.

**Results.** According to the information received, the most claims against surgeons was registered in Central Regional Hospitals (CRH) – 10 (23.8%) complaints. The first place in terms of the number of complaints is taken by surgical departments of hospitals – 16 (38.1%) cases, the second place – outpatient clinics of the Central Regional Hospital and polyclinics [14 (33.3%) cases], the third place – private clinics [7 (16.7 %) cases].

The essence of many complaints, first of all, consists in appealing for professional analysis of treatment case with an unfavorable outcome. In case of unsuccessful treatment, the majority of patients and their relatives most often [24 (57.1%) cases] demanded simply an examination of the treatment case and / or medical institution, and not criminal punishment. In 1 (2.4%) case, the patient simply wanted to report a problem related to the diagnosis and treatment of his disease. There was no information about any criminal punishment of the surgeons in the text of their complaints.

**Conclusion.** The "surgeon-patient" conflict in the form of a complaint is a structurally complex process with objective and subjective components that are influenced by a wide variety of risk factors. The growing discrepancy between the protection of a patient and a surgeon during the transfer of complaints to supervisory and legal authorities gradually increases the distortion of their analysis.

*Keywords:* surgery, medical error, conflict, law, complaint

Novosti Khirurgii. 2020 Jul-Aug; Vol 28 (5): 527-535

Specificity of the Conflict «Patient-Surgeon»

V.E. Fedorov, K.A. Podelyakin

The articles published under CC BY NC-ND license



### Научная новизна статьи

Впервые по данным Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Саратовской области произведен подробный анализ жалоб на врачей-хирургов, исследованы причины и структура конфликта типа «пациент – хирург».

### What this paper adds

For the first time, according to the data of the Federal Service for Surveillance in Healthcare of the Saratov Region,

a detailed analysis of complaints against surgeons was carried out; the causes and structure of the «patient-surgeon» conflict were investigated.

## Введение

«Лига защиты пациентов» сообщала, что в России врачебные ошибки за год приводят к смерти россиян больше, чем дорожно-транспортные происшествия. От подобного рода действий врачей ежегодно умирают до 50 тысяч пациентов, а число исков о компенсации вреда жизни и здоровью, причиненного при оказании медицинской помощи в России, за последние годы колоссально увеличилось: оно выросло в 13 раз [1].

Следственный комитет России только в 2017 г. возбудил 1791 уголовное дело, из которых 175 направлено в суд в отношении 199 медицинских работников [2, 3].

Следует отметить, что такая ситуация характерна не только для России, это проблема не только нашей страны. Те же авторы в своей работе указывают, что от 40 до 87 тысяч американцев ежегодно страдает от врачебных ошибок [1].

Представленные цифры говорят о том, что взаимоотношения «пациент – хирург» все чаще имеют характер конфликта. В нем проступки врачей-хирургов могут быть разные. Но все они упираются в вопросы по оценке тяжести профессиональных нарушений, в основе которых может лежать неосторожность, переоценка своих возможностей, небрежность, невежество, отсутствие или недостаточный уровень знаний по медицине, и, конечно, самое сложное – это определение врачебной ошибки. Рассмотрение всех их всегда начинается с того, что возникают проблемы с определением формулировок, которые практически невозможно определить без эксперта-медика, лучше – с профильным образованием.

Помочь в получении ответов на данные вопросы может исследование самого конфликта «хирург – пациент», который реализуется в жалобе.

Известно, что право граждан обращаться лично, а также подавать обращения в государственные органы в другой форме, закреплено Конституцией Российской Федерации [4]. Порядок реализации права гражданина на обращение установлен Федеральным законом от 02.05.2006 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» [5]. Такое обращение, имеющее письменный характер, собственно говоря, и называется жалобой. Именно ее характеристика и причины

в последнее время являются предметом споров и дискуссий.

**Цель.** Анализ причин, характера жалоб на врачей-хирургов, изучение проблемы защиты профессиональной деятельности врача.

## Материал и методы

Аналитические материалы для данной работы получены путем исследования публикаций из научной медицинской библиотеки Саратовского государственного медицинского университета (СГМУ) и из интернет-сети, а также использованы сведения Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Саратовской области, полученные с согласия ее администрации.

По информации, предоставленной Территориальным органом для контроля качества оказания медицинской помощи по Саратовской области, за 2018 год и 5 месяцев 2019 года в него для рассмотрения поступило 1699 обращений граждан. Из них имели место 42 жалобы на качество оказания медицинской помощи в лечебных учреждениях области по профилю «хирургия», что составило 9,3%. Общее количество жалоб на врачей составляло 450.

В каждую папку случая неблагоприятного исхода диагностики и лечения хирургического пациента входили жалоба, объяснительные врачей, данные вскрытия умерших, документы разбора данного случая с участием администрации стационара или другого лечебного учреждения, документы контролирующих органов.

## Результаты

Жалобы на хирургическое лечение 9 (21,4%) человек оформляли самостоятельно, без адвокатов и юристов, а 33 (78,6%) пациента прибегали к помощи адвокатов и юристов.

Среди пострадавших и написавших жалобы было 17 (40,5%) мужчин и 25 (59,5%) женщин. Возраст пациентов был различным и начинался с 4 и 16 лет: таких было по одному человеку, что в сумме составило 4,8%. Возраст самой старшей пациентки был 90 лет (2,4%). Пациентов, обратившихся с жалобами, в возрасте до 20 лет было 11 (26,2%) (среди них был мальчик 4 лет и 14-летний подросток). Лиц от 20 до 30 лет было 4 (9,5%), от 30 до 40 лет – 1 (2,4 %) человек, от 40 до 50 лет – 4 (9,5%) человека, от 50 до 60 лет – 7 (16,7%) человек, от 60 до

70 лет – 7 (16,7%) человек, от 70 до 80 лет – 7 (16,7%) человек.

Первоначально многие проанализированные экспертами жалобы были направлены в разные государственные структуры. Затем в соответствии с полномочиями территориального Росздравнадзора по контролю качества медицинской помощи все они сконцентрировались в нем для рассмотрения. Первоначально жалобы были направлены в следующие учреждения:

- 1) администрация федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) – 1 (2,4%) жалоба;
- 2) администрация президента или лично В.В. Путину – 1 (2,4%) жалоба;
- 3) аппарат уполномоченного по правам человека – 1 (2,4%) жалоба;
- 4) горячая линия Министерства здравоохранения Саратовской области – 3 (7,1%) жалобы;
- 5) прокуратура – 21 (50%) жалоба;
- 6) Росздравнадзор – 7 (16,7%) жалоб;
- 7) следственный комитет – 7 (16,7%) жалоб;
- 8) страховая компания «Росгосстрах» – 1 (2,4%) жалоба.

Повторные жалобы наблюдались в 2 (4,8%) случаях.

Больше всего жалоб было на центральные районные больницы (ЦРБ) – 10 (23,8%). Причем из них 3 (7,1%) жалобы – не только на них, например, в 1 (2,4%) случае указывается детсад+ЦРБ, все другие случаи – фельдшеры+ЦРБ.

Помимо этого в Росздравнадзор для рассмотрения поступили 4 (9,5%) жалобы на работу хирургических межрайонных центров, 6 (14,3%) – на городские больницы, 6 (14,3%) – на областную больницу Саратовской области, 4 (9,5%) – на университетскую клинику, 4 (9,5%) – на различные поликлиники, 7 (16,7%) – на частные клиники, 1 (2,4%) – на адвокатов, экспертов, юристов Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН).

Среди жалоб нередко встречались так называемые «эмоциональные порывы», в которых превалирует обида на врача. В таких случаях суть жалоб состояла в том, что хирург не принял, не оказал амбулаторную помощь – 3 (7,1%) случая, не оказали эффективную медицинскую помощь в ЦРБ – 5 (11,9%) случаев. В некоторых обращениях по качеству оказания медицинской помощи суть жалобы состояла в том, что при общении врача с пациентом имели место откровенные грубость и хамство – 2 (4,8%) случая, к ним же относится смерть пациента на фоне нарушения врачами деонтологии – 1 (2,4%) случай.

Суть самых частых, «рутинных» жалоб –

это недовольство способом лечения (13 (30,9% случаев). Среди них имелось 2 летальных исхода после хирургического вмешательства, что составило 4,8%, и недовольство развившимися осложнениями – 9 (21,4%) случаев, включая 1 случай тромбоэмболии легочной артерии, составивший 2,4%.

Самыми сложными для анализа являлись интраоперационные ошибки хирурга, закончившиеся летальным исходом. Они имели место в 7 (16,7%) случаях и включали смерть от травмы черепа, черепно-мозговой гематомы в ближайшем периоде после операции – 1 (2,4%) случай смерти от перфорации кишки при выполнении спленэктомии – 1 (2,4%) случай. К ним также относились смерти пациентов, прооперированных по поводу желудочно-кишечного кровотечения, – 3 (7,1%) случая, ошибка в диагностике и лечении острого гнойного перитонита – 1 (2,4%), «смертельные» осложнения лечения почечной недостаточности, связанные с работой порта, – 1 (2,4%) случай.

Есть еще и «продуманные» жалобы, которые направлены на получение какой-либо выгоды пациентами и их родственниками: для этого использовались несоответствия или нестыковки в медицинских документах и экспертизах, которые могли повлиять, например, на изменение уголовной статьи, срока пребывания в тюрьме, или изменение приговора, – 2 (4,8%) случая.

Имеется жалоба от человека с психическим заболеванием – 1 (2,4%) случай.

Чаше всего граждане, написавшие жалобы, хотели, чтобы провели проверку лечебного учреждения, – 24 (57,1%) случая. Стремление наказать хирурга имело различную степень выражения. Проверок и привлечения к ответственности врача требовали в 6 (14,3%) случаях, разобраться и наказать (более жесткое требование) – в 3 (7,1%) случаях. Требование проверки и заведения уголовного дела (еще жестче) было в 2 (4,8%) случаях. Встречались также требования проверки и возмещения материального ущерба в 3 (7,1%) случаях. Некоторые лица требовали решить проблему лечения, но в другом медицинском учреждении – 3 (7,1%) случая. В 1 (2,4%) случае больной хотел просто сообщить о проблеме, связанной с диагностикой и лечением его заболевания.

На полученной основе сформировался своеобразный негативный рейтинг медучреждений: первое место по количеству жалоб занимают хирургические отделения стационаров – 16 (38,1%) случаев, на втором месте – амбулатории ЦРБ и поликлиники (14 (33,3%) случаев), так называемое «первое звено медицинской помощи»; на третьем месте – частные клиники

(7 (16,7%) случаев). Жалобы на прочие лечебные учреждения встречались реже — в 5 случаях, что составило 11,9 %.

### Обсуждение

Гендерное соотношение в анализируемой выборке может свидетельствовать о более частом попадании лиц женского пола в неблагоприятные ситуации в хирургии. Это косвенно подчеркивает большую напряженность и повышенную реакцию со стороны родственников при лечении их матерей и жен.

В результате анализа возрастных характеристик можно сделать вывод о том, что среди пострадавших преобладали лица пожилого возраста: старше 60 лет было 15 (35,7%) человек. На втором месте оказались жалобы на некачественную медицинскую помощь лицам 20 лет и младше. Эти данные о возрастных различиях пострадавших от неудачного лечения пациентов указывают на то, что именно неудачные результаты лечения родителей и детей являются дополнительным фактором риска возникновения и прогрессирования конфликта.

Распределение числа жалоб в различные органы косвенно свидетельствует о юридической осведомленности лиц, написавших жалобы, или о написании жалоб с юристами и адвокатами. Одновременно так проявляется стремление сразу добиться максимального эффекта при недоверии к администрациям лечебных учреждений.

Надо заметить, что при таком подходе степень участия медицинского сообщества при рассмотрении жалоб заметно снижается, а юридическая и правовая часть доминируют.

Повышенная эмоциональность при написании жалоб нередко проявляется направлением ее сразу в государственные органы самого высокого уровня, вплоть до администрации президента или аппарата уполномоченного по правам человека.

Частые претензии к врачам-хирургам ЦРБ можно объяснить тем, что именно данная категория наиболее подвержена действию большого числа внешних факторов риска конфликта «врач — пациент» и предпосылок к нему.

Фактически такие хирурги — это первичное звено диагностики и лечения, причем наименее оснащенное, профессионально и культурно не всегда соответствующее требуемому уровню, иногда материально недостаточно обеспеченное и очень часто перегруженное работой.

Следует отметить, что для большинства жалующихся не всегда важен точный юридический результат. Подразумевается, что сама проверка их действий уже является серьезной

мерой воздействия на врача, а в дальнейшем ее результат может точно определить меру вины.

О возмещении материального ущерба или повторном лечении в жалобах говорили редко — только 3 (7,1%) пациента, что может свидетельствовать о том, что корыстные побуждения при составлении жалобы пока не играют важной роли.

Обсуждение полученных по жалобе материалов приводит к мысли о том, что начать расследование случая неблагоприятного исхода лечения надо с определения главных понятий. Ведь варианты профессиональных правонарушений медиков уже давно четко классифицированы Уголовным кодексом Российской Федерации (УК РФ): а) преступления против жизни и здоровья личности; б) против здоровья населения; в) должностные и хозяйственные преступления [6].

В первом случае ключевым и самым сложным моментом является определение врачебной ошибки. Среди прочих, на наш взгляд, лучшее из всех — это определение И.В. Давыдовского. Великим ученым она (врачебная ошибка) рассматривается как следствие добросовестного заблуждения врача при выполнении им профессиональных обязанностей. И.В. Давыдовский уточнял, что главное отличие от других дефектов врачебной деятельности — это исключение умышленных преступных действий: небрежности, халатности, а также невежества [7].

Данное определение не единственное. А.М. Лесниченко приводит другие определения. Одно из них звучит, как «неправильное деяние врача в процессе деятельности при отсутствии вины», другое — «неправильное действие врача, имеющее в своей основе несовершенство современной науки, незнание или неспособность использовать знания на практике» [8]. Возможно, есть и другие аналоги. Все они не идеальны и имеют недостатки.

Следует отметить, что ответственность врача за профессиональные проступки может быть дисциплинарной, когда объем наказания определяется в пределах данной медицинской сферы или учреждения. Причем она может быть достаточно суровой, но в пределах административного Кодекса. Однако все чаще конфликт «врач — пациент» не ограничивается обращением к главному врачу или профильному заместителю, а доходит до стадии уголовной ответственности.

Такие ситуации начинают развиваться с момента поступления документов о неудачном лечении пациента в правоохранительные и/или контролирующие органы. Чтобы это понять, нужно обратиться к статье 7 УК РФ, которая

дает определение понятия преступления: «преступлением признается общественно опасное деяние (действие или бездействие), посягающее на общественный или государственный строй, систему хозяйства, общественную и личную собственность, личность, политические, трудовые, имущественные и другие права граждан». То есть действие или бездействие врача, которое причиняет вред здоровью отдельной личности, вполне может стать уголовным преступлением [6].

Но в данной статье подчеркивается, что «преступлением не является действие или бездействие, которое формально содержит признаки преступления, но в силу малозначительности не представляет общественной опасности». Такое действие может быть расценено как проступок и влечет дисциплинарную ответственность [9]. Влечет ли вред здоровью личности общественную опасность или он малозначителен? Это решают не медики.

Различают умышленные преступления или совершенные по неосторожности. Это отражено в УК РФ: «Преступление признается совершенным умышленно, если лицо, его совершившее, сознавало общественно опасный характер своего действия или бездействия, предвидело его общественно опасные последствия, и желало их, и сознательно допускало наступление этих последствий» [6].

Правонарушение, связанное с медицинской деятельностью, может быть совершено по неосторожности. В статье 9 УК РФ сказано, что «преступление признается совершенным по неосторожности, если лицо, его совершившее, предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своего действия или бездействия, но легкомысленно рассчитывало на их предотвращение, либо не предвидело возможности наступления таких последствий, хотя должно было и могло их предвидеть». Степень «легкомысленного расчета» опять оценивают не медики, хотя и привлекают к разбору неблагоприятных исходов экспертов-профессионалов с профильным медицинским образованием [6].

Причем различают два вида неосторожности: 1) самонадеянность определяется как предвидение возможности наступления опасных последствий производимого действия или бездействия, соединенное с легкомысленным расчетом их предотвратить; 2) небрежность определяется как «непредвидение» такой возможности, несмотря на то, что лицо должно было и могло предвидеть наступление указанных в законе последствий. Их оценка проводится также не медиками, хотя и с учетом мнения специалистов-экспертов.

По мнению В.Д. Исакова [9], в медицине на практике преступная небрежность нередко связана с невежеством, профессиональной неграмотностью. Бытует заблуждение, что незнание своих обязанностей не влечет уголовной ответственности. Это неверно: получая врачебный диплом, молодой специалист получает не только право заниматься врачебной деятельностью, но и принимает важную обязанность — уметь это делать. Уровень и качество исполнения своих обязанностей определяются многими параметрами: стажем, категорией, сложностью хирургического вмешательства, факторами риска и т.д. Очень важным моментом является оформление документов — истории болезни, где представлен случай с неблагоприятным течением и исходом. Учет многочисленных факторов неблагоприятного исхода болезни не всегда находит там полное отражение. В связи с этим даже медицинским экспертам по документам трудно точно оценить тяжесть различных «преступных» действий врача и то, с чем они связаны.

Не считается преступлением только редкий случай, «казус» (несчастный случай в медицине), когда медицинский работник «не предвидит последствий своих действий и по обстоятельствам дела не может их предвидеть». Подтвердить наличие «казуса» может только очень опытный эксперт по конкретной специальности (возможно и не один), подтверждая это аргументами с помощью конкретных документальных данных из истории болезни. При низком качестве оформления истории болезни зачастую это сделать трудно, даже невозможно. В таких случаях обосновать свои рассуждения практически невозможно из-за отсутствия весомых сведений-доказательств.

Именно перечисленные определения и правовые установки используются при проведении экспертиз и анализа различных конфликтных врачебных ситуаций.

В литературе о самом процессе возникновения и структуре жалоб мало данных. А.К. Конаныхин с соавт. [3] использовали анкетирование пациентов для оценки взаимоотношений «врач — пациент», но недостаток данной работы состоит в том, что эта обследованная с помощью анкет группа не предъявляла претензий к своему лечению, а только высказывала собственное мнение.

Статистических данных о частоте и структуре самих жалоб еще меньше. Поэтому до настоящего времени нет ни структуры, ни данных-ориентиров, на которые можно было бы опереться в своем анализе для того, чтобы решить — правильные или неправильные дей-

ствия врачей. В связи с этим в нашей работе пришлось дополнительно пользоваться имеющимися публикациями не по медицинским жалобам, а по общей конфликтологии.

В клинике произведена попытка изучения портрета «жалующегося» на хирурга пациента, ведь он мало изучен. Для этого использовался материал тех же 42 (9,3%) жалоб на качество оказания хирургической помощи в лечебных учреждениях Саратовской области.

Казалось бы, самый короткий и простой путь жалобы для достижения положительного результата – это обращение к главному врачу или профильному заместителю, откуда прямой путь к заведующему отделением. Но, по мнению жалующегося, самый эффективный путь жалобы другой: пациент – проверяющее или контролирующее учреждение высокого ранга, а также такие серьезные организации, как администрация президента, Росздравнадзор, страховые компании и т.д. Только в конце этого пути стоит главный врач или профильный заместитель, а затем – заведующий отделением.

Такой механизм обращения в высокие инстанции возникает не только из-за недоверия к медицине, но и из-за сомнений в возможности достижения эффективного результата жалобы. Сочетанные или повторные обращения – это, прежде всего, дополнительный эмоциональный порыв.

Известно, что защита прав пациента многоступенчатая и мощная. Любое государство всегда уделяет много внимания охране жизни и здоровья своих граждан. Начнем с того, что этим вопросам посвящена статья 3 Всеобщей декларации прав человека, в которой жизнь и здоровье признаются наиболее значимыми правами человека [10].

В части статьи 41 Конституции Российской Федерации также провозглашается право гражданина РФ на охрану здоровья и медицинскую помощь [4]. В статье 10 Федерального закона 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» напрямую сказано, что в нашей стране главный принцип охраны здоровья – это доступность и качество медицинской помощи [11].

Казалось бы, все ясно и понятно. Но, оказывается, есть нюансы, и они связаны с толкованием определений. В первой редакции данного закона существовало такое определение врачебной ошибки, как «добросовестное заблуждение медицинского работника при отсутствии прямого или косвенного (халатность, небрежность) умысла, направленного на причинение вреда жизни и здоровью граждан». А в статье 92 врачебная ошибка трактуется уже

в виде допущенного нарушения качества или безопасности оказания медицинских услуг, а равно иной ее недостаток независимо от вины медицинской организации и ее работников.

Позднее определение ошибки было исключено из проекта закона, и в настоящее время определение врачебной ошибки в законодательстве отсутствует. Возможно, поэтому в настоящее время оно трактуется по-разному. Это позволяет считать данное понятие субъективным, и в конфликте «врач – пациент» оно может рассматриваться конфликтующими сторонами неоднозначно.

При рассмотрении жалоб на действия хирурга прокуратура может их рассматривать как неумышленные преступления. Одну из основ действий по неосторожности составляет самонадеянность – чрезмерная уверенность. Очень точно дается ее определение в интернете: безосновательная уверенность в собственных потенциалах, силах, себе и сопутствующем фарте. Отметим, что священнослужители грех самонадеянности относили к наиболее тяжким грехам, а причиной развития считали гордыню. Непомерная уверенность в собственной силе и уме, возможностях реализации своих идей покоится в сознании амбициозных и тщеславных хирургов, которые не могут и не смогут осознать собственное невежество и поверхностность. В хирургии особенно опасно их сочетание с сумасбродством – тяжелым изменением типа личности или стиля поведения. Роль в развитии неблагоприятных результатов хирургической деятельности таких персон может оценить не эксперт по документам, а только коллектив отделения или непосредственный руководитель.

Серьезной причиной преступления в виде действий по неосторожности в медицине является небрежность. У данного понятия есть очень много синонимов: невнимательность, халатность, нерадивость, недобросовестность, неаккуратность, недосмотр, пренебрежительность, разгильдяйство, халтура, наплеватьство, неряшливость. Хотя антонимов всего два: внимательность, аккуратность. В части 3 ст. 26 УК РФ указано, что это разновидность такой «неосторожной формы вины, при которой лицо, совершившее преступление, не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия)» [6].

Есть еще и субъективные факторы, являющиеся предпосылками или причинами возникновения конфликтных ситуаций в проанализированных обращениях по поводу недостатков действий врачей. К ним относятся недостаточно внимательное отношение к пациенту

(в любых проявлениях), отсутствие качественно оформленного информированного согласия пациента на лечение, отсутствие согласованности в действиях врачей разной специализации, коллегиальности в составлении плана лечения и некачественное и неправильное ведение медицинской документации [12]. Можно предполагать, что данные факторы встречаются чаще в тех хирургических стационарах, где концентрируются тяжелые пациенты со сложной и сочетанной патологией. Поэтому там уровень врачей должен быть особенно высоким, а занятость и ответственность – выше среднего.

Следует отметить, что В.А. Доскин с соавт. считают, что в 80% случаев медицинские конфликты возникают помимо желания их участников и без очевидных серьезных причин [1]. Авторы пишут: «источком конфликта является так называемая трудная ситуация между субъектами. Очевидно, что и процесс оказания медицинской помощи можно отнести к «трудным ситуациям» для пациента, имеющим следующие признаки:

- осознание личностью угрозы здоровью, трудностей, связанных с ограничением режима, препятствий к реализации целей;
- состояние психической напряженности как реакция на трудность;
- заметное изменение привычных параметров деятельности и общения».

Если классифицировать основные причины возникающего конфликта, то среди них можно выделить объективные моменты. К ним относится отсутствие необходимых научных знаний о данной патологии, трудная диагностика, редкое и нетипичное течение заболевания, позднее поступление и позднее начало лечения, возможности обеспечения данного конкретного отделения и прочее, связанное с нестандартным протеканием болезни.

Субъективные причины связаны еще и непосредственно с хирургом. Они учитывают внешний вид, личность, брутальность врача, уверенность, умение общаться и объяснять свои действия и т.д.

Поскольку законодательная база одинакова для всех медицинских подразделений, она четко сформирована и достаточна, то подавляющее большинство как проверяющих, так и законодательных структур всегда исходят из презумпции невиновности врача. Но вопросы защиты врача, в том числе и хирурга, не решены. В разборе конфликта постоянно возникает «перекосяк», на одной стороне которого – мощная правовая и юридическая защита здоровья пациента, а с другой – защита личности и профессионализма врача, который остается один на один с кон-

фликтом. Некоторые авторы в таких случаях задают вопрос: если же общество возложит всю полноту ответственности на врача, то кто же будет лечить больных? Какой же хирург отважится оперировать без стопроцентной гарантии успеха, если за спиной у него будет стоять судья? [13].

Получается, что специфическая медицинская часть при анализе конфликта «врач – пациент» профессионально учитывается, но рассматривается как второстепенная, особенно при анализе действий именно врача-хирурга. Об этом же писала А.М. Лесниченко: «Необходимо также учитывать положение врачей, специфику медицинской деятельности, законодательство должно защищать как пациентов, так и врачей» [8].

Следует вспомнить, что существенно изменилась сама наша жизнь и условия медицинской деятельности. До недавних советских времен взаимоотношения врача и пациента имели патерналистический характер, когда доверие к врачу пациент рассматривал как право врача принимать решение. Современная же медицина базируется на сотрудничестве врача и пациента, и процесс лечения предполагает партнерские отношения. Доверие основывается на осознанном принятии решения пациентом в результате полученной от врача информации о состоянии здоровья, предполагаемом диагнозе и связанных с ним методах обследования и лечения [1].

На эти взаимоотношения оказывают дополнительное неблагоприятное воздействие внешние факторы в виде изменения социального статуса врача, криминализации некоторых областей медицинской деятельности, изменения условий и интенсивности работы врача, влияния средств массовой информации и прочих и прочих.

## Заключение

На основании полученных данных можно сделать следующий вывод: конфликт «хирург – пациент» в виде жалобы – это структурно сложный процесс с объективными и субъективными составляющими, на которые оказывают влияние самые различные факторы риска, обусловленные личностными качествами врача, этикой его взаимоотношений с пациентом, правовыми нормами и условиями его развития.

Жалоба на врача-хирурга дополнительно провоцируется внешними обстоятельствами, приводящими к недоверию со стороны пациента и его родственников, что проявляется при неудачах лечения или ухудшении состояния

больного. Это заставляет пострадавших от действий хирургов сразу же обращаться в самые высокие немедицинские инстанции для поиска истины и эффективного решения проблемы. Именно этот момент сопровождается доминированием правовых и юридических структур над медицинскими экспертами.

Несоответствие между защитой пациента и врача-хирурга при передаче жалоб в контролирующие и правовые органы постепенно усиливает перекос их анализа. Аргументация своих действий хирургами подтверждается только соответственным медицинским опытом и знаниями, а также рекомендациями, разработанными специализированными медицинскими сообществами. Им противостоит ранжированная, сложившаяся законно-правовая база. Такое «неравенство» сопровождается тем, что исследование конфликта, ситуации с оценкой лечения возглавляют и ведут юристы, а эксперты-профессионалы могут только дополнить проводимый анализ ситуации. Руководят экспертизой неблагоприятного случая лечения не медики.

### Финансирование

Работа выполнялась в соответствии с планом научных исследований Саратовского государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского.

### Конфликт интересов

Авторы заявляют, что конфликт интересов отсутствует.

### Этические аспекты.

#### Одобрение комитета по этике

Исследование одобрено этическим комитетом Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского. Протокол 06 от 04.02.2020.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Доскин ВА, Дерина ЕА, Картоева РА, Соловова МС. Врачебные ошибки и конфликтные ситуации в клинической практике. *Клин Медицина*. 2014;92(4):57-63. <https://elibrary.ru/item.asp?id=21480010>
2. Багмет АМ. Без осложнений медицины не бывает?! *Актуальные Проблемы Медицины и Биологии*. 2018;(2):6-10. doi: 10.24411/2587-4926-2018-10002
3. Конаныхина АК, Комарова ГА, Кочубей АВ. Право на ошибку: врачебные ошибки глазами врачей и пациентов. *Клин Практика*. 2018;9(3):70-72. <http://dx.doi.org/10.17816/clinpract.093.70-73>
4. Конституция Российской Федерации [Электрон-

ный ресурс]. 1993 [дата обращения: 2019 Окт 20]. Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_28399](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399)

5. О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации: Федеральный закон; 59 ФЗ [Электронный ресурс]. 2006 Май 2 [дата обращения: 2019 Окт 20]. Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_59999](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_59999)

6. Уголовный кодекс Российской Федерации; 63-ФЗ (ред. от 02.08.2019) [Электронный ресурс]. 1996 Июнь 13 [дата обращения: 2019 Окт 20]. Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_10699](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699)

7. Давыдовский ИВ. Врачебные ошибки. *Совет Медицина*. 1941;(3):3-10.

8. Лесниченко АМ. Врачебная ошибка. *Вопр Науки и Образования* [Электронный ресурс]. 2018;(13):66-78. Режим доступа: <https://scientificpublication.ru/images/PDF/2018/25/vrachebnaya-oshibka.pdf>

9. Исаков ВД. Профессиональные правонарушения медицинских работников и их судебно-медицинская экспертиза: лекции. С-Петербург, РФ; 2004. <https://www.forens-med.ru/book.php?id=106>

10. World 10. Medical Association Declaration of Geneva [Internet] [cited 2019 Oct 20]. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva>

11. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон; 323-ФЗ [Электронный ресурс]. 2011 Ноябрь 21 [дата обращения: 2019 Окт 20]. Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895)

12. Шевцова ЮВ, Емелина АВ, Захарова ЕА. К вопросу о конфликтах между врачами и пациентами и психологической готовности врачей к работе. *Мед Альм*. 2011;(5):36-39.

13. Бобров ОЕ. Врачебная ошибка или профессиональное невежество? Мифы, иллюзии, реальность [Электронный ресурс]. TRIGGER. 2016 Март 13 [дата обращения: 2019 Окт 20]. Режим доступа: <https://trigger.in.ua/analitika/vrachebnaya-oshibka-ili-professionalnoe-nevezhestvo-mifyi-illyuzii-realnost.html>

### REFERENCES

1. Doskin VA, Derinova EA, Kartoeva RA, Sokolova MS. Medical errors and conflicts in clinical practice. *Klin Meditsina*. 2014;92(4):57-63. <https://elibrary.ru/item.asp?id=21480010> (In Russ.)
2. Bagmet AM. Without the complications of medicine does not happen? *Aktual'nye Problemy Meditsiny & Biologii*. 2018;(2):6-10. doi: 10.24411/2587-4926-2018-10002 (In Russ.)
3. Konanykhina AK, Komarova GA, Kochubei AV. Pravo na oshibku: vrachebnye oshibki glazami vrachei i patsientov. *Klin Praktika*. 2018;9(3):70-72. 2018;9(3):70-72. (In Russ.)
4. Konstitutsiia Rossiiskoi Federatsii [Elektronnyi resurs]. 1993 [data obrashcheniia: 2019 Okt 20]. Rezhim dostupa: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_28399](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399) ( In Russ.)
5. O poriadke rassmotreniia obrashchenii grazhdan Rossiiskoi Federatsii: Federal'nyi zakon; 59 FZ [Elektronnyi resurs]. 2006 May 2 [data obrashcheniia: 2019 Okt 20]. Rezhim dostupa: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_59999](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_59999) ( In Russ.)
6. Ugolovnyi kodeks Rossiiskoi Federatsii; 63-FZ (red. ot 02.08.2019) [Elektronnyi resurs]. 1996 Iun' 13 [data



obrashcheniia: 2019 Okt 20]. Rezhim dostupa: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_10699](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699)

7. Davydovskii IV. Vrachebnye oshibki. *Sovet Meditsina*. 1941;(3):3-10. ( In Russ.)

8. Lesnichenko AM. Vrachebnaia oshibka. *Vopr Nauki i Obrazovaniia* [Elektronnyi resurs]. 2018;(13):66-78. Rezhim dostupa: <https://scientificpublication.ru/images/PDF/2018/25/vrachebnaya-oshibka.pdf> ( In Russ.)

9. Isakov VD. Professional'nye pravonarusheniia meditsinskikh rabotnikov i ikh sudebno-meditsinskaia ekspertiza: lektzii. S-Peterburg, RF; 2004. <https://www.forens-med.ru/book.php?id=106>

10. World Medical Association Declaration of Geneva [Internet] [cited 2019 Oct 20]. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva>

11. Ob osnovakh okhrany zdorov'ia grazhdan v Rossi-

iskoi Federatsii: Federal'nyi zakon; 323-FZ [Elektronnyi resurs]. 2011 November 21 [data obrashcheniia: 2019 Okt 20]. Rezhim dostupa: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895)

12. Shevtsova YuV, Emelina AV, Zaharova EA. To the issue about the conflicts between doctors and patients and psychological preparation of doctors for work. *Med Al'm*. 2011;(5):36-39. ( In Russ.)

13. Bobrov OE. Vrachebnaia oshibka ili professional'noe nevezhestvo? Mify, illiuzii, real'nost' [Elektronnyi resurs]. TRIGGER. 2016 Mart 13 [data obrashcheniia: 2019 Okt 20]. Rezhim dostupa: <https://trigger.in.ua/analitika/vrachebnaya-oshibka-ili-professionalnoe-nevezhestvo-mify-illyuzii-realnost.html> (In Russ.)

#### Адрес для корреспонденции

410012, Российская Федерация,  
г. Саратов, ул. Большая Казачья, д. 112,  
Саратовский государственный медицинский  
университет им. В.И. Разумовского  
Минздрава России,  
кафедра хирургии и онкологии,  
тел. моб.: +7 937 969-59-53,  
e-mail: [nothingexcept@gmail.com](mailto:nothingexcept@gmail.com)  
Поделякин Константин Александрович

#### Address for correspondence

410012, Russian Federation,  
Saratov, Bolshaya Kazach'ya str., 112,  
Saratov State Medical University named  
after V.I. Razumovsky of the Ministry of Health,  
the Department of Surgery and Oncology  
tel. mobile: +7 937 969-59-53,  
e-mail: [nothingexcept@gmail.com](mailto:nothingexcept@gmail.com)  
Podelyakin Konstantin A.

#### Сведения об авторах

Федоров Владимир Эдуардович, д.м.н., профессор кафедры хирургии и онкологии, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, г. Саратов, Российская Федерация.  
<https://orcid.org/0000-0003-4980-0829>  
Поделякин Константин Александрович, ординатор кафедры хирургии и онкологии, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Российская Федерация.  
<https://orcid.org/0000-0002-1583-3318>

#### Information about the authors

Fedorov Vladimir E., MD, Professor of the Department of Surgery and Oncology, Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov, Russian Federation.  
<https://orcid.org/0000-0003-4980-0829>  
Podelyakin Konstantin A., Resident of the Department of Surgery and Oncology, Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov, Russian Federation.  
<https://orcid.org/0000-0002-1583-3318>

#### Информация о статье

Поступила 25 ноября 2019 г.  
Принята в печать 17 августа 2020 г.  
Доступна на сайте 1 ноября 2020 г.

#### Article history

Arrived: 25 November 2019  
Accepted for publication: 17 August 2020  
Available online: 1 November 2020