

„Врачебные ошибки и врачебные преступления“¹⁾.

Проф. М. П. Андреев подходит к анализу врачебных ошибок с точки зрения врачебного мышления. Не уменьшающееся количество врачебных ошибок, несмотря на развитие специализации и точных методов исследования, показывает, что источник их не только в неточности исследования, но и в неточности использования данных исследования (в частности в злоупотреблении законом „достаточного основания“) в „недисциплинированности врачебного мышления“ (Блейлер); при этом точные специальные данные — несколько парадоксальным образом — могут даже повредить.

В этом нельзя винить только „объективные обстоятельства“, условия работы и т. д. — в этом есть доля небрежности. Эта небрежность мышления связана, иногда, и с небрежностью действия — формальным отношением к больному (случай, приведенный профессором Гусевым с выпиской умирающего больного), пренебрежением к его общему состоянию, самочувствию, переживаниям.

Преодоление этих недостатков заключается в развитии и воспитании мышления, в устранении „психобии“ врачей и в перековке их идеологии соответственно известным словам М. И. Калинина на съезде Советов.

Надо отвергнуть то ложное положение — заканчивает М. П. Андреев — что мы в исследовании больного и, пожалуй, в обращении с больным, прежде всего должны считаться как с живым организмом, который мы лечим, поправляем и не его дело разбираться в тех вещах, которых он не понимает. Надо, наоборот, всегда помнить, что мы его устроим, поцарапав только с его собственной помощью и очень часто, если мы сумеем эту помощь мобилизовать, это будет значительным облегчением в нашей работе... Врачу надо в значительной степени быть более психологичным, чем он был до сих пор. Это будет важным средством устранения небрежности врачебного мышления и небрежности врачебного действия“.

Проф. М. И. Мастбаум. Среди причин, обуславливающих неправильную диагностику, следует указать на то, что наша клиническая диагностика имеет дело в большинстве случаев с резко выраженными случаями, когда имеется много спорных пунктов для диагностики, а жизнь, амбулаторная действительность дает громадный материал неясных, спорных форм, с нерезко выраженной симптоматикой. В этой наиболее частой группе заболеваний и наблюдаются чаще всего ошибочные диагнозы. Нет ничего легче, чем поставить диагноз Вазедовой болезни, когда у больного помимо пучеглазия имеется тремор рук, сердцебиение, похудание и потливость, но когда больной жалуется только на сердцебиение, а других симптомов нет, то связать это сердцебиение с расстройством щитовидной железы дело нелегкое. Отсюда следует, что нужна новая клиника малых форм. Нужно изучать эти малые формы, изучать их еще нераскрытую симптоматику.

Вторая причина ошибочных диагнозов — это стандартное мышление. Амбулаторный врач оперирует обычно 10—12 диагнозами и этот круг замкнутых диагнозов тем больше сжимается, чем больше больных ему нужно пропустить за 1 час.

Большое значение имеет также недостаточное знакомство врачей с пределами рентгено-диагностики и лабораторного исследования. Многие рентгенологи очень легко пишут в своих протоколах о расширенных сердцах, фиброзных очагах, врачи недостаточно критически относятся к этим заключениям и переоценивая заключение, не подвергая его критике ставят диагноз рентгенолога. То же самое с не-критической оценкой лабораторных исследований. „Еще на один момент, говорит проф. Мастбаум, хотелось бы обратить внимание. Это то, что я охотно называю коротким замыканием — симптом — диагноз. Например, если у больного кровохарканье — значит туберкулез. Жертвой такого короткого замыкания был гениальный Менделеев, которого врач послал на юг, считая, что у него туберкулез, где он занимался педагогической работой. Случайно Пирогов увидел его, посмотрел и сказал: „У вас кровохарканье сердечного происхождения. Никакого туберкулеза нет“ — и своим правильным диагнозом вернул Менделеева домой“.

Еще 300 лет тому назад Morgagni сказал, что, только изучая историю болезни и патолого-анатомические вскрытия, свои и чужие ошибки, можно стать хорошим

¹⁾ См. Каз. мед. журнал № 6, 1935 г.

врачом, он говорил о рациональном опыте. Систематическое накопление своего материала, рациональное использование своего опыта, есть лучшая гарантия от ошибок. Это не значит, что опытный врач не ошибается, но количество ошибок уменьшается по мере роста его опыта. Еще раз хочется подчеркнуть, что суть в рациональном накоплении опыта. Дело не в количестве лет врачебной деятельности, а в их качестве.

Процесс специализации — неизбежный результат эволюции медицины, но все дело в том, чтобы будучи специалистом не замыкаться в скорлупу своей специализации. Хороший специалист это не только человек, знающий свое дело, но и интересующийся успехами и в соседних областях. Лучше всего об этом сказал Гексли: „Нужно знать все кое о чем, и кое что обо всем“. Вот, если нет этого — „кое что обо всем“, то врач как бы хорошо не знал свой отдел, он неизбежно будет совершать ошибки, ибо — „В организме ничего не изолировано, все связано со всем“.

Проф. Троцкий. Остановился на разделе о рецептура. Лекарственная помощь — важный фактор. Между тем в прописывании рецептов много неполадок. К нарушениям технического порядка относятся неразборчивость и неграмотность, отсутствие подписи врача, неуказание места выдачи рецепта и пр. К ошибкам по существу относятся несовместимые прописи, неправильное прописывание доз, либо резко заниженных против нормы, либо недопустимо превышающих высший прием, иногда хорошо задуманное лекарство облачается в неудовлетворительную рецептурную форму, и отсюда возникает подчас вред.

Далее нередки нарушения фармакологического порядка. Жидкость по рецепту $\text{Kal. iodati } 6,0, \text{ Natr. nitrosi } 1,0, \text{ aq. destill. } 200,0$ совершенно прозрачна. Превышения доз нет. Между тем — говорит проф. Троцкий — врач, прописавший этот рецепт, забыл, что у человека в желудке имеется соляная кислота. В силу взаимодействия с последней происходит образование металлического иода в дозе 0,15, что в семь раз превышает терапевтическую дозу*.

Необходимо обращать внимание на случай „ошибок“ саннадзора, в результате которых возникают отравления (случай отравления парожными из-за приготовления крема в плохо луженой посуде).

Многое можно бы избежать при внимательном и дисциплинированном отношении врача к своим обязанностям.

Д-р Дитяшев (зав. участковой районной больницей)

Большинство врачебных ошибок относится к участковым врачам. Условия врачебного труда на участке намного сложнее, чем у городского врача.

Случаи тяжелых преступлений, как ненужные хирургические операции, должны ставить под вопрос квалификацию врача. Дитяшев приводит пример из районной больницы, в которой был разоблачен врач самозванец без диплома. Этот аферист в течение ряда лет калечил людей.

Надо отличать ошибки врача на селе от ошибок городского врача, который имеет в своем распоряжении и реактив, и лабораторию, и проч. Немало врачебных ошибок порождено было недостаточной подготовкой студентов в период бригадных зачетов.

Медицинскому институту необходимо усилить внимание постановке преподавания экстренной хирургии. Надо повернуться лицом к деревне и усилить связь сельского врача с центром области, края.

Проф. Н. В. Соколов. В условиях хирургической практики имеется не мало случаев, которые, если их взять изолированно от условий работы, можно квалифицировать то как небрежность, то как ошибку, то как преступление.

Но интереснее фиксировать внимание на тех случаях хирургической практики, классификация которых с точки зрения судебной не ясна. Например, как трактовать консервативное поведение терапевта у пациента больного с острым аппендицитом, когда дело осложняется перфорацией и большой доставляется хирургу с картиной перитонита? Второй пример: как трактовать поведение рентгенолога, который доводит в своем лечении некоторые формы наружных раков (рак губы) до неоперабельного состояния и потом предоставляет их хирургу?

О мерах предупреждения ошибок и мерах воздействия на совершивших ошибку.

В основном источником ошибок и преступлений во врачебной практике является недостаточная подготовка врачей. Поэтому необходимо поставить четко вопрос об отборе студентов в приемные комиссии, поставить четко вопрос, чтобы количество принимаемых студентов не отразилось на качестве.

Во-вторых, необходимо обратить внимание на воспитание студентов-медиков, которым должны одинаково заниматься и дирекция, и весь профессорско-преподавательский состав ВУЗ, они должны заниматься выработкой в студенте идеологии, достойной советского врача.

Наконец, вопрос о мерах воздействия на врача, совершившего преступление. Прав докладчик, предлагающий их посылать в Институты для усовершенствования врачей. Правы и другие товарищи, предлагающие и другие меры воздействия. Но здесь уместно поставить вопрос о стремлении врачебных коллективов скрывать ряд ошибок и врачебных преступлений, чем, с одной стороны, культивируется преступление, а с другой — прививается в обществе вредное убеждение о ненаказуемости врачебных преступлений.

Я к и м о в. (Пом. прокурора АТССР).

Докладчики дали очень ценный материал о характере и причинах врачебных ошибок и врачебных преступлений. Однако, нельзя согласиться с проф. Гусевым, который считает необходимым хотя бы приблизительное определение понятий врачебной ошибки и врачебного преступления, для их правильного разграничения. Корни такой ошибочной постановки вопроса находятся в том исключительно формальном определении преступления, которое дается проф. Гусевым, утверждающим, что к врачебным преступлениям должны быть отнесены лишь те действия врача, которые подпадают под определенную статью Уголовного кодекса. Такое определение преступления не вскрывает, а наоборот, смазывает классовое содержание этого понятия.

Основным содержанием понятия преступления по нашему Угол. кодексу является признак социальной опасности того или иного действия или бездействия, опасности „угрожающей основам советского строя и правопорядку, установленному рабоче-крестьянской властью на переходный к коммунистическому строю период времени“ (ст. 6 УК.)

Действия, формально хотя и подпадающие под ту или иную статью УК, но не являющиеся общественно-опасными, вследствие незначительности, маловажности или отсутствия вредных последствий, не могут считаться преступлениями. С другой стороны, отсутствие в УК статьи, предусматривающей то или иное действие, носящее признаки несомненной общественной опасности, не исключает возможности привлечения к уголовной ответственности путем применения по аналогии статьи УК, предусматривающей наиболее сходное по роду преступление. С точки зрения этих, достаточно известных, положений нашего УК, нужно подходить к оценке врачебных преступлений.

Провести границу между врачебной ошибкой и врачебным преступлением лишь по формальным признакам, игнорируя основное содержание понятия преступления — общественную опасность действия или бездействия — невозможно. Неправильно было бы также определять преступление врача, как действие, идущее вразрез с основными инструкциями, определяющими деятельность врача. Совершенно понятно, что не все нарушения таких инструкций носят общественно-опасный характер, требующий применения уголовной репрессии. Далее необходимо иметь в виду, что уголовная репрессия применяется лишь в отношении тех, кто действовал умышленно или неосторожно и не применяется там, где налицо так называемая случайность, т. е. объективная возможность предвидеть наступление определенного результата тех или иных действий.

При обсуждении вопроса о врачебных преступлениях исключаются умышленные преступления. Там, где врач совершает умышленное преступление, не о чем спорить. Оценка преступлений врачей, членов вредительских контр-революционных организаций Чашинова, Кондратьева и др. никаких споров у нас не вызывает. Здесь применяются репрессии со всей ее силой.

Предметом обсуждения являются преступления врачей в области их профессии, совершенные по неосторожности, т. е. являющиеся результатом непредвидения того, что врач должен был предвидеть и предотвратить.

Основное — это вопрос об объективной возможности предвидения для врача, как специалиста, обладающего определенным уровнем знаний. Раз такая объективная возможность предвидения имеется, врач, причинивший по небрежности своими действиями серьезный вред, должен нести ответственность в уголовном порядке.

Преступление врача мало отличается от преступления любого другого специалиста в области его профессии, совершенного по неосторожности. Имеется специфичность в преступлениях врачей, определяемая особенностями их профессии, но

эта специфичность вовсе не исключает возможности подходить к оценке преступления врача также, как и оценке преступления любого другого специалиста; инженер, техника и т. д.

У многих может возникнуть вопрос: в каких же случаях конкретно врач несет ответственность в уголовном порядке, в каких случаях его действия, носящие характер небрежности, халатности, должны рассматриваться как преступление.

Мы не ставим перед собой задачу—продолжает тов. Якимов—броситься мераме уголовного наказания со всеми случаями небрежности или халатности врача. Из этих случаев мы берем лишь те, которые носят характер серьезной общественной опасности в силу их тяжести последствий или вследствие их систематичности или распространенности. На них мобилизуем общественное мнение, используем суд, как могущее адекватное средство для борьбы с данным явлением.

Проф. Гусев явно переоценивает значение экспертизы в делах о преступлениях врачей, утверждая, что каждое такое дело должно начинаться с заключения экспертизы и что самый вопрос о том, имеется или нет в данном случае преступление врача, может быть разрешен только экспертизой. Это утверждение неправильно. Докладчик привел в качестве примера случай неосновательного привлечения врача за неправильное врачевание, тогда как врач не имел возможности оказать надлежащую медицинскую помощь, вследствие отсутствия необходимого оборудования в больнице. В данном случае органы расследования и суд и без помощи экспертизы могли сделать правильные выводы и прекратить дело. Еще более неправильным является утверждение проф. Гусева, что во всех случаях врачебных ошибок привлечение к ответственности врача всецело зависит от экспертизы. Это утверждение выходится в противоречии с нашим процессуальным законом. Заключение экспертизы не обязательно для суда, хотя суд и обязан мотивировать в приговоре свое несогласие с заключением экспертизы. Экспертиза является одним из доказательств, которое оценивается судом по внутреннему убеждению в совокупности со всеми другими обстоятельствами.

Дополнения нашего УК статьями, предусматривающими специально врачебные преступления, не требуются. Врачебные преступления вполне укладываются в рамках ст. ст. действующего УК. Правда, органы расследования и суда не всегда правильно квалифицируют врачебные преступления. Напр., было бы более правильным в некоторых случаях небрежностью произведенных операций применять статьи о телесных повреждениях, а не применяющуюся обычно 111 ст. УК.

Можно согласиться с докладчиком, высказавшим сомнения в целесообразности широкого применения к врачам исправительно-трудовых работ по месту их работы. Вопрос о принудительных работах является предметом изучения и в ближайшее время, видимо, получит разрешение в законодательном порядке.

В заключение я хочу указать—говорит т. Якимов,—что при образцовой постановке судебно-медицинской экспертизы в Казахстане отмечается чрезвычайно низкий уровень суд.-мед. экспертизы в районах АТССР.

Необходимо больше внимания уделять преподаванию курса судебной медицины, а также включить эту дисциплину в число обязательных для врачей приезжающих в Казань с целью повышения квалификации. В районе приходится привлекать к производству судебно-медицинской экспертизы врачей, работающих в советских больницах, и потому совершенно необходимо, чтобы эти врачи имели элементарные знания в области судебной медицины.

Проф. Р. Я. Гасуль. Чтобы вскрыть корни ошибок в рентгенодиагностике и терапии, необходимо проследить историю развития этих дисциплин. Ошибки отображают часто первые шаги развития дисциплины. Ойтогенез кратко повторяет филогенез.

Рентгенология вначале занималась грубой описательной *морфологией* теней, их *количественным* анализом. В дальнейшем развитии мы уже имеем и качественный анализ морфологии субстрата в его *статике*.

В настоящее время рентгенология перешла в фазу качественного и количественного анализа *динамики* процесса субстрата в рентгенологическом изображении. Рентгенодиагностика, таким образом, пределав путь от формы к функции, является теперь *синтезом инструментального исследования и клинического мышления* и не представляет уже метода, а дисциплину, трактуемую о диагностике и прогнозе. Развившись на основе изучения анатомии, физиологии и клиники, рентгенология сама стала неотъемлемой основой этих же разделов медицины.

Ошибки в рентгенодиагностике вытекают из процесса рентгенологического исследования, которое распадается на 5 отдельных моментов:

1. *Учет и описание рентгенологических признаков* на основе знания нормы, вариантов и границ нормы и патологии. В сущности норма есть функция средней величины множества рядов. Незнание длинного ряда переходных форм влечет к ошибкам, т. е. гипердиагностики (*überdiagnostik*), когда рентгенолог в нормальной вариации видит патологию.

2. *Интерпретация рентгеновской картины* в связи с анатомическим субстратом, фазы развития которого должны быть хорошо известны. Этот процесс требует знания законов рентгенооптики и топографической анатомии.

3. *Сопоставление рентгенологического синдрома с клинической картиной*, которое должен уметь делать рентгенолог, от которого требуют познаний во всех областях клиники, куда относятся исследуемый орган.

4. *Дифференциальная диагностика и формулировка заключения*. Рентгеновская картина часто полновесна, но целый ряд разнообразных процессов может дать в силу одинаковых физических условий, одну и ту же тень. Незнание законов или их переосмысление одинаково вредны. Формулировка данных рентгенологического исследования имеет важную роль в консультированной работе рентгенолога. Надо давать заключения на понятном для всех языке без специальных терминов. В каждом из этих процессов рентгенологического исследования, таким образом, таится уйма источников ошибок, которые может совершить порою и очень опытный рентгенолог.

Не менее важную роль, на ряду с методикой и техникой исследования, играет и *тактика исследования*. Часто не безразлично для диагноза *когда* исследовать больного — до клинического или *после* клинического осмотра. Плохо лишь получается, когда больного с готовым уже диагнозом посылают на рентген. Это частая источник коллизий и конфузов. Клиницист неохотно отказывается от своего диагноза, который «подтверждается» рентгенологом, пока оба не встречаются у хирурга или, что еще хуже, у патолого-анатома.

Правда, рентгенолог очень близок к патолого-анатому, и наши ошибки в некотором отношении одного порядка, ибо рентгенодиагностика есть своего рода вскрытие из жизни (*анатомия in vivo*). Однако, в нашей области много Сиды и Харлод. Это в одинаковой мере относится и к рентгено-радиотерапии, которая развилась на заблуждений над вредным действием лучей, знаний биологического (отсюда и терапевтического) действия которых лишь впоследствии были изучены.

Лучшим средством предупреждения ошибок будет постоянная мысль врача-рентгенолога о том, что *каждый случай может стать судебно-медицинским*.

Т. Шахараев (Проф. Тав. отдела Союза Медсантруд). Ошибки и преступление врачей большой частью являются результатом бездушного, преступно-халатного, неадекватного отношения к новому человеку. Там, известен случай, когда врач выдал родственникам больного справку о его смерти... авансом, без даты (когда умрет — проставит дату).

В наших условиях врач имеет дело не просто с больным индивидуумом, но с членом коллектива, участником социалистического строительства. Ошибки и преступления врачей обходятся государству в огромные суммы. В выдаче больших сумм средств отдельным врачам имеется полная безответственность.

На качестве работы врачей благоприятно сказывается организация врачебной секции при союзе, которая должна усилить массово-воспитательную работу и культурное обслуживание врачебного персонала. Союз приложит к этому все усилия,

Проф. З. Н. Малкин. В огромной работе, которую выполняют врачи, ошибки, в отличие от ошибок проф. Гусева, может быть, занимают небольшое место, но на этих ошибках скрываются другие, которые наделили до суда. Часто источником этих ошибок является притупление чувства ответственности у врачей. С другой стороны, мы часто встречаемся с фактом, когда чувство ответственности даже существует, но в отрицательной форме. Врач, боясь ответственности, старается подвинуть палкой-вибродомом случай другому специалисту и боится признать ошибку и фубольный матч, который проиграл от одного врача к другому.

Нужно, чтобы постоянная тревога о больном не покидала врача. Врач должен находиться на передовых позициях социалистического гуманизма и только в таком случае он сможет быть строителем социалистического здравоохранения. Врач,

вместе с тем, должен найти в себе мужество сказать больному правду тогда это требуется, и настоять на правильном поведении больного. Это относится, в частности, к вопросу о направлении больных на курорты.

Надлежаю у нас в клинике умер больной с эндокардитом. Он приехал из Кисловодска куда был направлен из-под Хабаровска. Как выяснилось, он был направлен врачом в Кисловодск по собственному настоянию.

Весьма часто на наш диагноз влияет предвзятая идея. Я помню, когда в медицинской литературе был модным вопрос об аортитах, было очень много больных с диагнозом аортит. Когда было увлечение хроническим сепсисом, в клинике лежало много больных с этим диагнозом. Сейчас наблюдается увлечение диагнозом „холощастовидия“.

Не следует поддаваться самовнушению или гипнозу извне. Если суметь сочетать в себе высокую степень объективизма с постоянной заботой о больном, можно успешно выполнять требования, которые предъявляются советскому врачу.

Доп. М. Н. Гольдштейн. Количество ошибок, связанных с рентгеновским методом исследования, значительно велико. Рентгенодиагностика, как и всякий другой вспомогательный метод, имеет свои пределы, свои границы, к сожалению, мало известные широкой врачебной массой. Следует помнить, что не все патологические процессы находят свое отображение на экране, а потому рентгеновская норма далеко не всегда соответствует анатомической норме. Патологические субстраты малых размеров, например, эрозия слизистой желудка, начинающийся склероз, небольшой экссудативный плеврит, также свежие процессы артрита, остеомиелит, туберкулез костей и др. в начале заболевания никаких отклонений от нормы на рентгенограммах не дают. Отрицательные результаты получаются и в тех случаях, когда нет технической возможности получить теневые изображения, например, при язвенном кратере, заполненном пищей либо сгустками крови, симптом ниши может отсутствовать.

Большие трудности в интерпретации рентгеновских картин представляют также случаи. Так, поперечное сердце у пикника порой мало чем отличается по своей конфигурации от сердечной тени при нефрите и аортальном пороке.

Однако, гораздо большим злом является недостаточная квалификация врача-рентгенолога. Слабое знакомство с техникой исследования, с рентгено-анатомией дают частый повод к смешиванию нормальных процессов с патологическими. Шаблонное, амбулаторное, однократное рентгеновское исследование при отсутствии клинических данных является неисчерпаемым источником для диагностических ошибок. Большим расщепленным ошибкой является внушаемость рентгенолога. В угоду клиницисту рентгенолог нередко идет по пути наименьшего сопротивления и „находит“ часто патологию там, где ее нет. Известен ряд примеров, когда у совершенно здоровых людей рентгеном определяли туберкулез легких, язву желудка, новообразования и т. д.

Усовершенствование врача рентгенолога при постоянном контакте с клиницистом и патол.-анатомом, проверка заключений и анализ допущенных ошибок дадут возможность в дальнейшей работе их избежать и искоренить брак в области рентгенологии.

М. Иофе (зам. пред. Главсуда АТССР). Вопрос о врачебных ошибках и ответственности за них вызвал большой интерес у медицинских работников.

Юридическая природа врачебных ошибок освещена тов. Якимовым, с чем я вполне согласен.

Проведенные два заседания показали некоторую нервозность, существующую у врачебных работников, боязнь уголовной ответственности. Не органы юстиции создали своей практикой такую нервную обстановку для специалистов-медиков.

Наоборот, ряд выступивших по докладу проф. Гусева врачей отмечали недостаточную активность органов юстиции в привлечении к ответственности за грубые врачебные ошибки. Объяснение некоторой нервозности в медицинской среде следует искать в другом. Основным обстоятельством является повышенное требование со стороны трудящихся масс к качеству медицинского обслуживания. Это повышенное требование подстегивает и повышает ответственность медицинского персонала на любом участке лечебного дела. Это повышенное требование высокого качества предъявляется рабочим классом не только к медицине, но и ко всем отраслям хозяйственного, культурного и общественного строительства.

Из фактов, изложенных проф. Гусевым, можно ли сделать такой вывод, что качество врачебной работы понизилось? Работники юстиции такого вывода не де-

лают и сделать не могут. Наоборот, качество врачебной работы значительно повысилось, что ярко подтверждено докладом НКЗдрава на съезде Советов. Об этом свидетельствуют десятки и сотни новых больниц, врачебных пунктов, яслей, консультаций и т. д. Врачебные ошибки вытекали в дореволюционное время не только из несовершенства медицинской науки, а очень часто из грубого, небрежного отношения к трудящемуся больному. Врачебные ошибки капиталистического общества вытекают из халатного отношения к больному, из оказания помощи, известной золотыми гирями. Врачебная помощь, оплаченная в 50 коп., в 1 руб.— резко разнится от помощи 10-ти рублевой. Лекарства также оцениваются на рубль, на копейки. Отсюда и лечение. В социалистическом обществе качество лечения определяется совершенством науки, добросовестным отношением врача, его способностями и талантами, *оно равно для всех больных.*

Отдельные товарищи отмечали, что в Советском Союзе совершенно исчезли преступления, связанные с военной службой. У нас нет фактов увечья для уклонения от призыва в Красную армию, нет и таких врачебных преступлений. Совершенно исчезли также преступления как умышленные увечья, с целью получения страховых взносов (премий), изменение внешнего облика человека, укрывающегося от преследования властей, что получило теперь широкое распространение в капиталистическом мире, где известны факты изменения внешнего облика крупных преступников с помощью врачей.

Повышенное требование к качеству врачебной работы создает у нас такое положение, когда врачебная ошибка привлекает широкое внимание рабочих масс.

Проф. Гусев и некоторые из выступавших по его докладу отмечали о недостаточной борьбе органов юстиции с грубыми врачебными ошибками, некоторый трафарет в судебных приговорах.

Из выступлений отдельных работников медицины чувствуется, что к органам юстиции предъявляется требование точно определять—когда, за какую ошибку они будут привлечены к уголовной ответственности и как за совершенную ошибку будут отвечать. Советский суд отличается от капиталистического суда по своей природе тем, что он не формальный буквоед. Свои действия суд и органы расследования тесно увязывают с существующей обстановкой, с последствиями врачебной ошибки, с личностью привлеченного и рядом других обстоятельств. Поэтому нет и не может быть заранее приготовленного рецепта—когда, кого, за какой факт мы будем судить. Однако, нет сомнения, что не может быть уголовной ответственности в случаях, вытекающих из несовершенства медицинской науки. Уголовная ответственность вытекает из таких ошибок, которые при нормальных условиях другими медицинскими работниками не совершаются, и то только в случае тяжелых последствий для больного, или в случае необратимости таких ошибок.

Работники юстиции хотели бы видеть медицинских работников в своей деятельности более решительными, особенно в тех случаях, когда те или иные методы лечения могут спасти человека от угрожающей ему смерти. Некоторые врачи—говорит Иофе—звонят нам по телефону или лично спрашивают—можно ли выписать больному лекарство против его воли, можно ли применить то или иные методы лечения против воли родителей. На это мы отвечаем: суд—по медицинской консультации, таких советов давать не может. Мы можем только сказать: действуем решительно в своей роли спасителей людей и их целителей.

По вопросам общих преступлений врачей, не связанных с их врачебной деятельностью, у нас нет сомнений—они привлекаются как и все граждане Советского Союза.

В оценке преступлений врачей, связанных с их деятельностью, вытекающих из злого умысла и стремления вредить социалистическому строительству, как это имело место в делах промпартии, крестьянской партии,—нет никаких расхождений. И в Татарской республике были отдельные факты умышленного распространения сибирской язвы, уничтожения лошадей сотнями, под видом их непригодности, на убой. В этих случаях—говорит Иофе,—мы не открываем дискуссии, а действуем по выражению Горького: „Если враг не сдается, его уничтожат“.

Еще один вид преступлений медицинских работников—бюрократизм, бездушие. На бюрократизм, волокиту советского аппарата и, особенно, органов юстиции, чутко реагируют трудящиеся массы, в том числе и медицинские работники. Работники юстиции признают, что предъявляемое к ним требование чуткого, быст-

рого реагирования на нужды трудящихся—правильны. Бездушные и бюрократизм в работе врача особенно чувствительны для населения. Например: амбулатория выдает дежурному врачу карточки для обхода больных на квартирах. Врач приходит на квартиру рабочего Х. Оказывает ему медицинскую помощь, тут же выясняется, что болеет и жена Х, семья просит осмотреть больную, но врач отказывается, ссылаясь на отсутствие ему назначения для осмотра двух больных.

О судебно-медицинской экспертизе в нашей работе. Экспертиза, как научный метод заключения по тому или иному спорному вопросу, все больше применяется в судебной практике. Судебная практика знает заключения специалистов по всем отраслям. От всякой экспертизы суд требует высокого качества, научных обоснований или, во всяком случае, большого опыта специалиста. Умозаключения для суда не требуются, нужна объективная оценка фактов. Естественно, что и медицинская экспертиза требованию предъявляется высокого качества. Ее заключение для суда является существенным материалом при решении не только меры наказания, но и порою самого факта виновности подсудимого.

Практика показала, что судебно-медицинская экспертиза Казани стоит на высоте современной науки, отличается полной объективностью. Казанская экспертиза, во главе с проф. Гусевым, дает свои заключения, невзирая на лица, без оправдательного или обвинительного уклона, что очень ценно для нас—судебных работников.

Совершенно иное положение с судебной медициной в районных центрах. Здесь органы расследования прибегают к помощи врача, независимо от его специальности. Отдельные медицинские заключения составляются просто неграмотно. Яркий пример—кукуморской экспертизы, заключившей о самоубийстве председателя сельского совета, тогда как вся обстановка повешения и вскрытие трупа давали основание заключить о насильственной смерти. Экспертиза кукуморских врачей была настолько поверхностна и некомпетентна, что проф. Гусев должен был ее совершенно опровергнуть. В другом районе, врач причиной смерти колхозника-активиста признал самоубийство и установил бельмо на глазу покойника, тогда как последующая экспертиза нашла, что на глазу имеется огнестрельная рана, а не бельмо, что потерпевший погиб от нескольких острельных ран, причем выстрелы произведены на расстоянии. И это было очевидно для любого внимательного человека, даже не специалиста. Небрежные заключения способствуют классовому врагу, затрудняя установление истины.

Работники юстиции заостряют внимание на судебной медицине потому, что считают недостаточным внимание Наркомздрава, Министратура, Ин-та усовершенствования врачей к этому вопросу. За последние годы казанские учебные заведения не увеличили кадров врачей—судебно-медн. экспертов.

Обсуждение вопроса о врачебных ошибках должно помочь медицинским работникам в поднятии качества советской медицины, должно поднять авторитет советского врача и в целом поднимет, улучшит строительство социалистического общества.

Проф. Н. К. Горяев. Клиника внутренних болезней дает неисчерпаемый материал для диагностических ошибок. Из примеров, приведенных проф. Гусевым, сюда относятся два. В одном можно думать об инфаркте миокарда—о заболевании, которое часто заканчивается смертью уже в острой стадии, и в то же время представляет, иногда, настолько нетипичную картину, что даже в лучших клиниках нашего Союза ошибочно ставились диагнозы острого гастрита или истерии.

Второй из приведенных случаев („острый живот“), относится к области, где неправильное или запоздавшее распознавание может стоить жизни больному и где, к сожалению, тоже нередко настолько невыраженные или атипичные картины, что ошибки распознавания делаются и очень опытными клиницистами. Как часто представляет трудности распознавание легочного туберкулеза!—Сколько больных ходит от одного врача к другому, получает различные диагнозы и назначения. Общественное мнение может обвинять того или другого врача в невнимательности или в неумении распознать болезнь. Между тем, здесь может быть не одно непонимание. Правильный диагноз иногда не может быть поставлен без стационарного обследования или длительного наблюдения.

Две иллюстрации из области так называемых терапевтических ошибок и тех жертв, о которых говорил проф. Т. Д. Эпштейн.

Одним из могущественных сердечных средств является строфантин, вводимый внутривенно. Но прежде, чем клиника стала хозяйвом этого средства, она прошла

через ряд жертв неизбежных, так как здесь грани между хорошим терапевтическим эффектом и катастрофой чрезвычайно близки. Мы не располагаем средствами, чтобы точно оценить состояние сердца и предугадать, ответит ли сердце на введение строфантина улучшением своей деятельности или параличем.

Другой пример—переливание крови (п. кр.). Лет 60 тому назад п. кр. давало около 40% смертельных исходов. В настоящее время техника п. кр. настолько разработана, что в некоторых больших статистиках жертвы исчисляются 2—4-ми на 10.000. Общее количество жертв едва-ли поддается точному учету, как и количество спасенных путем п. кр. жизнью. Все же можно сказать, что если жертвы исчислялись сотнями, то жизнь сохранена уже десяткам или сотням тысяч, хотя современное п. кр. есть достижение последних 20-ти лет.

Необходимо улучшить до-вузовскую подготовку студентов-медиков. Атмосфера клиник и больниц, в которых студенты проходят производственную практику, должна быть проникнута чувством ответственности, сознанием долга, внимательным и чутким отношением к больным.

То внимание, которое уделяется в настоящее время медицинскому участку на фронте социалистического строительства, уже сейчас значительно улучшает положение врача на периферии. Выполнение намеченных мероприятий поведет к дальнейшему улучшению условий работы и жизни врача, в первую очередь в районах. А это должно повести и несомненно поведет к прекращению того печального, положения, когда врач ехал в район как в ссылку, думал о том, как бы сбежать а не о том, чтобы добиться максимальных успехов на порученном ему участке фронта здравоохранения.

Председатель проф. Шварц. (Заключительное слово).

То напряженное внимание, с которым аудитория в 1000 врачей слушала в течение 2 вечеров доклады и прения, показывает насколько актуальна и животрепещущая стоявшая на повестке дня проблема, и мы должны быть благодарны докладчикам—профессорам А. Д. Гусеву и Т. Д. Эпштейн за их интересные и богатые содержанием доклады. Большой интерес представляют выступления представителей Наркомюста. Они правильно указали, какие меры должны быть проведены в жизнь, чтобы уменьшить число врачебных преступлений. Их выступления ярко иллюстрируют ту пропасть, которая лежит между советской юстицией и буржуазным судом в вопросе борьбы с преступностью вообще и с преступлениями врачей в частности. Выступавшие в прениях виднейшие представители ТНКЗ, Мед. ин-та и ГИДУВ'а дополнили фактический материал докладов и углубили вопрос. К сожалению, выступавшие в прениях приводили исключительно случаи врачебных ошибок, допущенных *другим*. Но мы почти не слышали, чтобы выступавшие, в порядке самокритики, приводили примеры *своих* ошибок. Тем не менее следует отметить, что как доклады, так и прения, несомненно, имели большое воспитательное значение для широкой массы врачей.

Каковы причины врачебных ошибок и преступлений?

Их можно из докладов и прений свести к следующим: 1) значительная часть врачебных ошибок—результат несовершенства современных методов диагностики и лечения болезней; 2) основная масса врачебных ошибок и преступлений обусловлена плохой подготовкой, а иногда и медицинским невежеством некоторых врачей; 3) многочисленные ошибки и врачебные преступления являются следствием казенного бюрократического, невнимательного отношения врача к больному, доходящего в ряде случаев до преступного забвения жизненных интересов больного; 4) нередко врачебные ошибки обусловлены неправильно понятой узкой специализацией, когда врач рассматривает больного и оказывает ему медицинскую помощь только в узких рамках своей специальности, игнорируя больного в целом; 5) дефекты в обслуживании больного, граничащие нередко с преступным нарушением его интересов являются иногда результатом неблагоприятных условий работы врача (перегруженность, отсутствие необходимого инструментария, медикаментов, реактивов, недостаточная подготовленность к работе части среднего и младшего медперсонала); 6) в ряде случаев повторные ошибки и преступления врачей были возможны в результате слабого общественного контроля над их работой, либерального отношения органов здравоохранения к допущенным ошибкам и даже преступлениям.

Слабая критика товарищей по работе, нередко выраженная цеховщина в неизжитая кастовость, а в отдельных случаях та же круговая порука—все это приво-

дело к тому, что иногда совершенно невежественные врачи имели возможность в течение известного отрезка времени бесконтрольно исполнять обязанности врача с ущербом для здоровья обслуживаемых больных.

В прениях не был задан вопрос об ошибках, допускаемых гигиенистами, но в президиум поступило много записок по этому поводу. Несомненно, что и санитарные врачи допускают в своей работе многочисленные ошибки, из которых некоторые стоят на грани преступлений. Подавляющее большинство этих ошибок — результат того, что многие санитарные врачи не имеют должной квалификации, ибо санитарные факультеты были организованы всего несколько лет тому назад, и до последнего времени санитарные работники рекрутировались из лечебников, мало подготовленных для работы санитарного врача.

Каковы же практические мероприятия, которые должны быть проведены в жизнь для того, чтобы свести количество врачебных ошибок до минимума и сделать невозможными врачебные преступления? Они вытекают из анализа причин, обуславливающих врачебные ошибки и преступления. Необходимо: 1) не только улучшить постановку дела преподавания в мед. ин-тах, повысить требования к выпускаемому врачу, но и провести мероприятия, направленные на систематическое повышение квалификации врачей (плановая посылка в ин-ты усовершенствования на 3—6-месячные курсы, организация краткосрочных курсов по специальности); 2) организовать в наиболее крупных районах ТР филиалы НМА и шире практиковать проведение межрайонных научных конференций; 3) организовать при НМА консультативное бюро, куда врачи города и районов могли бы обращаться за консультацией; 4) в таких случаях, когда врач проявил себя полным невеждой в своей специальности, необходимо ставить в известность НКЗ и не допускать такого врача, несмотря на наличие диплома, к самостоятельной работе до тех пор, пока он не поднимет свою квалификацию, что должно быть установлено соответствующими компетентными органами (ин-ты усовершенствования); 5) установить, как правило, чтобы о допущенных ошибках, выявленных самим врачом или товарищем по работе, ставился немедленно в известность зав. отделением и главврач лечучреждения. В более серьезных случаях вопрос ставится главным врачом на обсуждение всего коллектива врачей лечучреждения для выявления причин допущенных ошибок и путей их предупреждения; 6) в случаях, когда вследствие невнимательного, халатного отношения врача к своим обязанностям, больному нанесен серьезный ущерб, об этом необходимо ставить в известность прокуратуру для привлечения виновного к ответственности; такие случаи должны шире освещаться в прессе; 7) органам здравоохранения и общественным организациям следует бороться с проявлениями цеховщины, круговой поруки среди врачей.

Не буду останавливаться на ряде других мероприятий, которые должны быть проведены в жизнь: они будут перечислены в разработанной президиумом резолюции. И наши задачи сводятся к тому, чтобы эти предложения были реализованы полностью и не остались, как это, к сожалению, часто бывает, — на бумаге. Я полагаю, что то исключительное внимание, которое уделяется в настоящее время правительством и партией и, в частности, лично великим вождем партии тов. Сталиным делу советского здравоохранения и медицинской науки, — создает все предпосылки для успешной деятельности врача, ставит его в столь благоприятные условия работы, равных которым нет и не может быть ни в одной капиталистической стране. Авторитет, который создается советской общественностью врачу, очень высок, и мы должны тем энергичнее бороться с врачебными ошибками, а тем более с теми, которые стоят на грани преступлений. Мы должны всемерно поднять *качество* нашей работы.