

© Коллектив авторов, 2022
DOI: 10.21886/2712-8156-2022-3-4-116-124

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Н.И. Волкова, А.В. Волков

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

В данной статье рассмотрены особенности применения теории качества к медицинской науке и практике. Методами аналитической медицины доказано внутреннее противоречие существующей теории диагностики как источник формирования врачебных ошибок. Даны подходы к разрешению этого парадокса.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, врачебные ошибки, диагностика

Для цитирования: Волкова Н.И., Волков А.В. Некоторые вопросы качества оказания медицинской помощи. Южно-Российский журнал терапевтической практики. 2022;3(4):116-124. DOI: 10.21886/2712-8156-2022-3-4-116-124

Контактное лицо: Наталья Ивановна Волкова, n_i_volkova@mail.ru

SOME ISSUES OF THE QUALITY OF MEDICAL CARE

N.I. Volkova, A.V. Volkov

Rostov State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Rostov-on-Don, Russia

This article discusses the features of applying the theory of quality to medical science and practice. The methods of analytical medicine show the internal contradiction of the existing theory of diagnostics as a source of medical errors. Approaches to resolving this paradox are given.

Keywords: quality of medical care, medical errors, diagnosis

For citation: Volkova N.I., Volkov A.V. Some issues of the quality of medical care. South Russian Journal of Therapeutic Practice. 2022;3(4):116-124. DOI: 10.21886/2712-8156-2022-3-4-116-124

Corresponding author: Natalya I. Volkova, n_i_volkova@mail.ru

История вопроса

Как и в любой сфере человеческой деятельности, в медицине с момента её возникновения врачи стремятся избегать профессиональных ошибок. Необходимо отметить, что до появления разделения труда в медицине, то есть до рубежа XIX–XX вв., медицинские ошибки были синонимом врачебных. И лишь с появлением сложных технологических процессов, в которых задействованы специалисты разных профилей и специальное оборудование, произошло разделение понятий «врачебная» и «медицинская ошибки». Одновременно нужно отметить, что до рубежа XIX–XX вв. медицина являлась эмпирической наукой и сами по себе ошибки врачевания были естественным источником нового знания и носили позитивный характер, так как были необходимым инструментом формирования медицинской

науки и практики. Однако по мере перехода от эмпирического этапа развития к теоретическому, при котором медицина перестала нуждаться в ошибке как в основном источнике знания, появилась необходимость переосмысления самого феномена «врачебная ошибка», понимаемого ранее скорее как дефект исполнения тех или иных медицинских манипуляций преимущественно в хирургических вмешательствах, а не ошибки мышления врача. С этого момента медицинская ошибка превратилась из союзника врача в его противника, так как она не позволяет в полной мере реализовать потенциал достижений медицинской науки. Соответственно, в XX в. по мере осознания этого фактора появился интерес к исследованию явления медицинских и врачебных ошибок. Крупные работы в этой области были проведены во второй половине XX в. в США. Данные исследования посвящены неблагоприятным

событиям и дефектам в стационарном звене системы здравоохранения США и обусловленными лишь технологиями лечебных (в том числе хирургических) вмешательств, медикаментозными воздействиями, внутрибольничными инфекциями [1]. Эти работы впервые на большом массиве данных показали значимость проблемы медицинских ошибок. Так было выявлено, что за 1984 и 1992 гг. в 2,9 и 3,7% случаев госпитализация в клинику закончилась смертельным исходом по причине медицинского вмешательства, причём из них в 51% и 53% случаев соответственно эти неблагоприятные последствия были предотвратимы, что составило в абсолютном выражении от 44 000 до 98 000 смертей за год [2,3]. Близкие результаты зафиксированы и в других развитых странах мира [4,5].

Необходимо отметить, что вышеуказанные цифры характеризуют уровень лишь тех ошибок, которые непосредственно повлекли тяжкие последствия и соответственно за рамками оценки количества ошибок остались те из них, которые привели к тяжким последствиям опосредованно, к менее тяжким последствиям, не привели к ощутимым последствиям для здоровья, вызвали лишь снижение эффективности оказания медицинской помощи, не были выявлены и зафиксированы. Исходя из этого можно считать, что на самом деле медицинских и врачебных ошибок значительно больше учтённых в вышеуказанных исследованиях.

Оценить уровень ошибок, связанных с технологиями лечения, в российском здравоохранении не представляется возможным из-за отсутствия соответствующих исследований.

Следующим этапом исследования эпидемиологии медицинских ошибок было изучение вопросов, связанных с диагностическими ошибками. Эта работа была также проведена в США уже в начале XXI в., и результатом стал доклад Института Медицины США, вышедший в свет в сентябре 2015 г. [6]. В этом отчёте приводятся данные обследования 2014 г., согласно которым 12 млн взрослых пациентов США за год получили неверный диагноз (что составляет более 10% диагнозов). По оценкам другого исследования, 80 тыс.–160 тыс. пациентов имели серьёзные последствия от неправильной диагностики, а 40 тыс. – 80 тыс. пациентов умерли в результате неверных диагнозов [7,8]. Близкая картина наблюдается и в других странах. Так, в Москве и в Санкт-Петербурге, по данным проф. Г. Б. Федосеева, в больницах несовпадение диагнозов составляет около 20%. По данным А.В. Дау, С.Н. Горбачёва и др., ошибки диагностики в отделениях интенсивной терапии Иркутской области составили более 40% [9,10].

Таким образом, дефекты оказания медицин-

ской помощи, связанные с диагностикой и лечением, совокупно составляют десятки процентов как в странах с высоким развитием медицины, так и в менее развитых странах.

Наличие медицинских и врачебных ошибок не вызывает удивления, так как это неизбежный атрибут любой деятельности, однако не может не вызывать удивление такой высокий уровень ошибок. И это действительно представляется феноменом, потому что в иных отраслях человеческой деятельности, даже менее важных и ответственных, гораздо менее финансируемых, уровень ошибок и брака обычно многократно меньше. Справедливым представляется вопрос о том, с чем связан этот значительный уровень ошибок.

Данная проблема была предметом различных исследований, которые изучали явления ошибок с точки зрения этапов их возникновения (диагностика, лечение, лабораторные исследования и т. д.) причин возникновения (квалификация врача, иного персонала, технология консультаций, организации труда и т. д.), классификации ошибок.

Основными мыслями исследований явилось понимание того, что сами по себе медицинские и врачебные ошибки не есть преступление, зачастую в них отсутствует прямая вина врача или иного медицинского персонала, и врач сам по себе далеко не всегда в состоянии контролировать и обеспечивать качество всех аспектов медицинской помощи. Для обеспечения управления качеством медицинской помощи требуется привлечение опыта, накопленного в иных отраслях человеческой деятельности и соответствующих подходов, направленных на обеспечение высокого уровня качества, таких как открытость, признание ошибок и дефектов, разработка технологий деятельности с учётом гарантированного избегания ошибок, формирования эффективного контроля качества.

На основе этих подходов в вышеприведённых докладах американского института здоровья от 2000 и 2015 гг. были выработаны соответствующие рекомендации, направленные на снижение дефектов медицинской помощи [1,6].

Одновременно с исследованием фактического состояния качества медицинской помощи для решения задач уменьшения медицинских ошибок были предприняты попытки разработки теории управления качеством медицинской помощи. Признанной системой управления качеством медицинской помощи является теория А. Donabedian, разработанная им во второй половине XX в. [11]. Данная теория в целом соответствует положениям общей теории управления качеством и в настоящее время с уточнениями и дополнениями является основой

современных теорий управления качеством в мировом и российском здравоохранении.

Однако необходимо отметить, что вышеуказанные теоретические построения и выработанные на основе проведённых исследований практические рекомендации, несмотря на то что большая часть из них была реализована и вошла в практику в развитых странах, не привели значимому снижению медицинских ошибок, а по ряду показателей они продолжили увеличиваться. Например, число ошибок, связанных с применением лекарственных препаратов в США за время, прошедшее с момента публикации первого доклада института медицины США, выросло в 3 раза [6]. При этом ряд исследователей отмечает такой парадоксальный факт, как нарастание диагностических ошибок при росте опыта и, соответственно, квалификации врача.

Все это требует осмысления и понимания феномена медицинских ошибок, что позволило бы решительно уменьшить их частоту и негативные последствия.

О терминологии и базовых понятиях медицинской помощи

Для того, чтобы приступить к анализу проблем медицинских ошибок, необходимо внести ясность в базовые понятия медицинской деятельности, поскольку в их формулировках и трактовках в настоящее время наблюдается большое разнообразие, а значит неопределенность и даже противоречивость. При рассмотрении терминов в том значении, в котором они применяются в данной статье, вывод этих определений здесь обсуждаться не будет, а читатель отсылается к соответствующим источникам [12].

Прежде всего, что мы понимаем под медициной? Это деятельность человека, научная и практическая, направленная на сохранение и улучшение здоровья пациента посредством диагностики и лечения с целью увеличения продолжительности и сохранению качества жизни.

Под здоровьем мы понимаем такое состояние организма, когда все его функции осуществляются в полном объеме и его равновесное состояние внутреннее (гомеостаз) и внешнее при обычных условиях внешней среды может продолжаться неопределенно долго. Соответственно нездоровье является антитезой здоровья, его взаимопревращением и существует в форме болезни или функциональной недостаточности.

Под болезнью мы понимаем совокупность процессов нарушения нормального функционирования организма в результате, возмущающих и/или повреждающих факторов (внутренних или внешних) при условии истощения уровня адап-

тивных возможностей организма и реакций организма, направленных на восстановление равновесия (соматического и/или психического) [12].

Другой формой нездоровья является функциональная недостаточность организма (ФН) — нарушение внешних либо внутренних функций систем, органов или клеток организма.

Под диагнозом мы понимаем верное, понятное, воспроизводимое, обоснованное письменное заключение врача (врачей) в необходимом и достаточном объеме для достижения медицинских целей, поставленных врачом совместно с пациентом (инициатором оказания медицинской помощи всегда, за исключением неотложной помощи, является пациент), формулируемое в соответствии с действующими требованиями о рисках развития заболевания (ФН), наличии заболеваний (ФН). Соответственно, под диагностикой мы понимаем деятельность врача по установлению диагноза.

Лечение — это медицинская деятельность, направленная на улучшение или сохранение здоровья пациента, состоящая из планирования лечебных мероприятий и их реализации, осуществляемая медицинским персоналом совместно с пациентом.

Медицина в практической своей составляющей реализуется в форме медицинской помощи, которая представляет собой деятельность врачей и других медицинских работников по сохранению и улучшению здоровья в виде диагностики и лечения пациентов с целью увеличения продолжительности жизни и поддержания качества её.

Медицинская помощь как составляющая часть входит в медицинские услуги, которые есть нечто более общее по отношению к медицинской помощи. В медицинские услуги, помимо оказания непосредственно медицинской помощи, входит ряд таких услуг как экспертиза, консультации и др.

В свою очередь медицинские услуги являются составной частью системы здравоохранения страны, куда входит значительное количество иных видов деятельности, таких как статистика, санитария, эпидемиология, гигиена, финансы, экономика и т.д.

В данной работе мы будем анализировать лишь качество непосредственно медицинской помощи.

Что же мы будем понимать под качеством медицинской помощи?

В русском языке имеется два значения качества. Во-первых, это философское его значение — понятие определенности явления, то есть набор свойств, однозначно определяющих этот предмет. Во-вторых, в бытовом его значении, качество — показатель соответствия конкрет-

ного явления его образцу, эталону, характерному виду. В существующей отечественной медицинской литературе принято под качеством понимать термин во втором его значении, то есть как характеристику отклонения от установленного образца. Однако прежде всего нужно определить термин, которым будет обозначаться эталонная медицинская помощь. Общеизвестно, что технологии медицинской помощи многовариантны и эта их многовариантность обусловлена их адаптивным характером, что в свою очередь вызвано, во-первых, историческим развитием, совершенствованием медицинских знаний и, соответственно, технологией, во-вторых, разнообразием индивидуального здоровья пациента, особенностями организма, разнообразием этиологических факторов при одном и том же заболевании.

Кроме того, реализация тех или иных технологий в каждом конкретном случае, месте и времени обусловлена наличием возможностей для этого (технических, фармакологических, кадровых, экономических, организационных и др.). Соответственно, наличие совокупности этих возможностей и определяет ту медицинскую помощь, которая может быть оказана пациенту. Как будем ее классифицировать? Как будем классифицировать диагностическую и лечебную помощь?

В любой услуге важны три составляющих: полезность, комфортность, экономическая доступность.

С точки зрения полезности, будем выделять высокоэффективную медицинскую помощь, которая вполне решает задачу сохранения или улучшения здоровья в полной мере; эффективную, которая решает задачу в значительной мере; неэффективную, то есть не являющуюся полезной полностью или в значительной мере.

С точки зрения комфортности, будем различать высокую комфортность, то есть отвечающую современным представлениям о комфорте (под комфортом здесь подразумеваются все составляющие медицинской помощи, кроме решения медицинских задач, безопасности, страданий пациента) и учитывающую индивидуальные запросы пациента, такие как стандартную комфортность, отвечающую современным представлениям об удобстве, и низкую комфортность, не соответствующую современным представлениям об удобстве.

С точки зрения экономической доступности помощи, различаем экономически доступную и нет.

В каких формах реализуется медицинская помощь? Это диагностика, диагноз, лечение и результат лечения.

Диагноз

Как уже было сказано, это верное, понятное, воспроизводимое, обоснованное заключение врача в объеме, необходимом и достаточном для достижения медицинских целей, поставленных врачом и пациентом совместно, сформулированное в соответствии с действующими требованиями о рисках развития заболевания (ФН), наличия заболевания (ФН). Таким образом, диагноз характеризуется такими показателями, как обоснованность, полнота, верность, воспроизводимость, понятность. Дадим разъяснения этим понятиям.

Верность. В тех случаях, когда заболевание или ФН изучены вплоть до понимания их сущности, верность диагноза совпадает с понятием его истинности. В тех случаях, когда сущностные механизмы заболевания непонятны, верность его равнозначна достоверности, то есть формально-логической тождественности.

Обоснованность. Для любого наблюдателя, равно как и для самого лечащего врача, диагноз не может быть «кроликом из цилиндра», то есть он не может появляться неожиданно, он должен быть результатом посылов и логических выводов.

Воспроизводимость. Формула диагноза должна следовать из предпосылок всегда, в том числе при смене врача, то есть посылов диагноза должно быть достаточно для получения одних и тех же выводов.

Понятность. Диагноз формулируется для пациента, самого врача, других врачей, соответственно все участники этого процесса должны понимать все существенные его аспекты.

Полнота диагноза. Функциями диагноза являются оценка рисков развития заболеваний (ФН), оценка рисков для здоровья и жизни, разработка плана профилактики, лечения, реабилитации, протезирования в рамках целей, поставленных пациентом совместно с врачом. Соответственно, диагноз должен содержать все сведения о здоровье, необходимые для решения определенных пациентом и врачом целей.

Диагностика

Диагностика есть процесс по установлению диагноза. Соответственно, этот процесс характеризуется такими показателями, как результативность, безопасность, оптимальность, эффективность, комфортность, удовлетворенность, научная обоснованность.

Что означают эти параметры?

Под результативностью понимается установ-

ление диагноза с соответствующими критериями. Под безопасностью понимается проведение диагностических процедур с незначительным риском для здоровья пациента, либо с риском, который пациент и врач оценивают как приемлемый, в любом случае — с минимально возможным. Диагностика должна осуществляться исходя из необходимости уложиться в безопасное время, минимальные затраты времени пациента, иных участников диагностического процесса, максимального комфорта пациента. Приоритеты устанавливаются врачом совместно с пациентом исходя из возможностей и потребностей пациента. Эффективность предполагает минимальные затраты материальных ресурсов при должном эффекте.

План диагностики и его исполнение должны быть основаны на признанных методах научной и практической медицины.

Результаты лечения

Лечение, как и диагностика, обусловлено целями, которые ставит пациент совместно с врачом. В общем случае целью лечения является поддержание качества и продолжительности жизни. Однако эти понятия формируются, формулируются и реализуются у каждого пациента по-разному, но только в совокупности и неразрывной связи. Поэтому, когда мы говорим о показателях лечения, главный из которых — цель лечения, в рамках общего направления (поддержание качества и продолжительности жизни) будет носить индивидуально-конкретный характер.

Определим характеристики результатов лечения.

Достижение поставленной цели лечения. Возможными целями лечения могут быть снижение рисков возникновения заболеваний или ФН, излечение возникшего заболевания с максимально благополучным исходом, устранение возникшей ФН или максимально возможная ее компенсация.

Обеспечение планируемых затрат на лечение.

Процесс лечения

Процесс лечения характеризуется следующим набором показателей: правильностью целей лечения (с точки зрения пациента, исполнимости, наибольшего эффекта), оптимальностью плана лечения (с точки зрения технологической, организационной, экономической доступности,

безопасности, комфортности, надёжности, научной обоснованности, понятности), правильностью лечения (с точки зрения точности соблюдения плана лечения) и своевременностью его корректирования.

Мы охарактеризовали необходимые понятия и их сущностные характеристики, определяющие свойства этих понятий.

Теперь рассмотрим собственно понятие качества применительно к медицинской помощи. Качеством мы будем называть показатель совпадения явления с эталоном, единичного с общим, их соотношение. Полное совпадение — высшее качество, полное несовпадение — низшее качество. Совпадения проверяется по тем сущностным свойствам, которые определяют явление (понятие). Единичные несовпадения есть ошибка. Чем больше ошибок, тем ниже качество.

Исходя из этого, ошибка — это не вина, не вред, а лишь несовпадение. Ошибки могут быть в диагнозе, диагностическом процессе, результате лечения, процессе лечения.

Любая ошибка приводит к неблагоприятным последствиям. Они могут быть в форме необратимого расстройства здоровья (смерть, обратимая ФН), обратимого расстройства здоровья, снижения экономической эффективности (возникновение дополнительных затрат времени, труда, денег).

Классификация медицинских ошибок и их роль в качестве медицинской помощи

Ранее проведённые исследования дефектов медицинской помощи и созданные теории качества медицинской помощи в конечном счете направлены на классификацию типов, форм, причин и последствий медицинских ошибок и формирования методов их уменьшения.

Исходя из накопленных знаний в этой области будем классифицировать медицинские дефекты по ряду признаков. Во-первых, по закономерности возникновения будем различать системные и случайные ошибки. Это разделение важно с точки зрения познания их закономерности: процессы появления системных ошибок понятны, предсказуемы и управляемы. Процессы появления случайных ошибок не прогнозируемы, соответственно, не управляемы, и уменьшение случайных ошибок происходит специфическими методами (например, дублирование, контроль и т. д.).

Все ошибки — и случайные, и системные — будем делить по этапу их возникновения на ошибки диагностики, ошибки диагноза, ошибки планирования лечения и ошибки лечения.

По источнику возникновения системные ошибки будем делить на следующие виды.

Ошибки методологии. Под этими ошибками подразумеваются дефекты, возникающие как результат правильного применения тех или иных методик работы, то есть в самом методе заложен порок, неизбежно приводящий к ошибке. Эти пороки связаны с недостаточным развитием теории.

Ошибки знаний. Это тот случай, когда само по себе знание ложно, противоречиво, либо недостаточно. То есть это порок не обладателя знания, но самого знания.

Дефекты квалификации. Здесь имеется в виду выполнение работы человеком, не подготовленным к этой работе, либо пробелы в подготовке, связанные с искажением знаний либо с его пропуском.

Ошибки оборудования либо лабораторного исследования. Здесь имеются в виду не заранее известные погрешности измерений или определений, но те погрешности, которые возникают вследствие поломок, неправильной эксплуатации оборудования и т. д.

Дефекты технологий. Имеются в виду ошибки, которые возникают вследствие противоречия требований технологий к отдельным операциям и общей конечной цели технологического процесса.

Ошибки смежников, участвующих в процессе. Ошибки, которые возникают у соисполнителей процесса оказания медицинских услуг, но не находятся под нашим управлением.

Ошибки исполнителя. Здесь имеется в виду все ошибки исполнителей, участвующих в процессе оказания медицинской помощи, в том числе и сами пациенты, за исключением случайных ошибок и иных ошибок, указанных выше, то есть это ошибки, связанные с небрежностью (нарушением правил и норм), умыслом (сознательным отклонением от существующих правил и норм).

Случайные ошибки по источнику возникновения можно разделить на ошибки исполнителя и ошибки оборудования или лабораторных исследований.

Для целей формирования методов управления качеством процессов медицинской помощи классифицируем ошибки по типу этих процессов:

1. Когнитивные процессы медицинского обслуживания, то есть процессы, в которых создаются новые знания.
2. Исполнительские процессы медицинского обслуживания, то есть процессы, которые заключаются в реализации однозначных предписаний.
3. Процессы функционирования оборудования или лабораторных исследований.

Методы управления и контроля ошибок, возникающих в оборудовании или лабораторных исследованиях, случайных ошибок, дефектов квалификации, технологии, ошибок смежников, исполнителей известны из общей теории качества и могут быть применены к процессам оказания медицинской помощи. Однако ошибки методологии и знаний являются специфическими и не корректируются общими методами управления качеством, а требуют именно медицинских подходов. Кроме того, разрешение этих вопросов сдерживает такой мощный способ снижения ошибок как автоматизация.

Нужно учитывать, что все ошибки медицинской помощи влекут определённые последствия. В ранее проведённых исследованиях во внимание принимались лишь тяжёлые последствия медицинских ошибок (смерть, инвалидность пациента) и, соответственно, учитывались ошибки, которые приводили лишь к таким последствиям [1,6]. Однако нужно учитывать, что любая ошибка приводит к определённым последствиям. Каковы же эти последствия?

1. Тяжкие — смерть пациента или немедленное возникновение ФН.
2. Развитие ФН или преждевременная смерть в отдалённом будущем.
3. Усиление тяжести и продолжительности заболевания либо (и) возникновение дополнительных заболеваний.
4. Необоснованное увеличение расходов на диагностику и лечение заболевания, снижение комфортности процесса оказания медицинской помощи.

Медицинские ошибки и их обусловленность внутренними противоречиями эмпирической медицины

Как было показано выше, значительная часть источников медицинских ошибок при должном подходе подвержена корректировке известными приемами и способами. Однако никакие улучшения не изменят несовершенство метода и недостатка знаний и при наличии внутреннего противоречия метода или дефектов знания ошибки будут появляться неизбежно.

О каком внутреннем противоречии идет речь?

В настоящее время, несмотря на огромный прогресс в медицинской науке и практике, базовые теоретические и практические подходы к системе медицины остаются, как и прежде, на эмпирическом этапе развития науки. До сих пор в медицинской литературе болезнь рассматривается не как процесс потери организмом равновесного состояния под действием тех или иных повреждающих либо возмущающих фак-

торов и поиска нового равновесия, но как «вещь в себе», которую можно описывать и определять по внешним признакам (симптомы, жалобы, анамнез, результаты дополнительных исследований и т. д.). Сейчас к этому внешнему описанию обычно прилагается и рассказ о патогенезе заболевания, но он в литературе и в практике живет своей, не связанной с клиникой и классификацией болезни жизнью.

Очень часто мы читаем в научной и учебной литературе о том, что болезнь в её классическом виде встречается далеко не всегда, а распространённой является искаженная, изменённая форма болезни, сильно отличающаяся своими проявлениями от канона. И этому есть объяснения, такие как особенности организма, состояния пациента, влияние других патологий, лекарственных средств, изменчивость этиологических факторов и т. д. То есть в настоящее время, несмотря на то что патогенез большинства заболеваний известен, изучен, болезнь определяется и диагностируется по внешним своим проявлениям, путём формирования своего «портрета» из совокупности признаков. Диагностика в медицине осуществляется до сих пор, как и много лет назад, по схожести. Отсюда понятны сложности врача, когда «портретное» сходство болезни исчезло и, соответственно, чем опытнее врач, тем сложнее ему за искаженным портретом увидеть стандартное лицо. Клиническое мышление при сегодняшней методологии распознавания заболевания — это навык распознавания знакомого в изменяющейся картине заболевания. Однако, как мы видим, такая ситуация — это не вина врачей, которые не используют в работе достижения современной медицинской науки, а проблема самой медицинской науки, которая не дала иную методологию, иное представление о базовых понятиях, таких как здоровье, диагноз, лечение болезнь. Конечно, в медицинской литературе часто декларируется логический подход к пониманию болезни и диагностики на основе метода анализ/синтез, однако сущностной трактовки, разработки и метода реализации он не получил. Зачастую атрибутом метода анализ/синтез считают приём дифференциального диагноза, однако это не так. Задачей дифференциального диагноза является выбрать из нескольких «похожих» внешне диагнозов наиболее «похожий» и отсеять менее «похожие». И парадокс современной методологии определения и диагностики заболевания заключается в том, что при таком положении становится неприменимым само понятие истинности диагноза. Приемлемым становится лишь понятие «верность диагноза», даже не «достоверность» (формально логическая правда). В самом деле, понятие истины означает совпадение мысли-

мого об этом объекте с неким определённым понятием, которым оно является. Но понятие есть сущностное определение явления, набор же внешних по отношению к болезни признаков (например, повышенная температура, полиурия, головная боль и др.) таковыми, зачастую, не являются. Ведь в большей части случаев симптомы заболевания, жалобы, данные лабораторных или инструментальных исследований не являются обычно непосредственными явлениями сущности болезни, а лишь результатом влияния патологических процессов на те или иные системы организма, вследствие чего и образуются те или иные симптомы. Кроме того, эти проявления могут пересекаться, усиливать друг друга, компенсироваться, одним словом, искажаться. Вследствие этого мы не можем говорить об установлении истины при традиционной диагностике заболевания по схожести. Однако, казалось бы, мы при диагностике могли бы требовать хотя бы формально логической правды — достоверности, возникающей вследствие правильно подобранных внешних, формальных признаков. Однако и это невозможно вследствие вариабельности симптомов, накладывания или вычитания их при наличии нескольких патологий и т. д. Таким образом, при существующей методологии понимания болезни и при её диагностике мы можем говорить лишь о правдоподобии диагноза (похожести) или его верности, но не в смысле истины, а в смысле верно выполненных процедур по установлению диагноза. Конечно, в ответственных клинических случаях верность диагноза будет подтверждаться или опровергаться в ходе лечения или наблюдения за пациентом, однако с определенной долей вероятности всё тем же методом проб и ошибок.

Нетрудно понять, что такая эмпирическая методология сама по себе является источником ошибок в диагностике заболеваний, ФН и эти ошибки неустранимы в рамках метода принципиально. Но очевидно, что диагностические ошибки выливаются в ошибки планирования лечения и самого лечения. Кроме того, этот подход затрудняет и профилактическое лечение, поскольку не отвечает на вопрос о степени вовлечения в патологический процесс иных систем организма. Также отсутствие сущностных, достоверных показателей, характеризующих болезнь, затрудняет возможность осуществления оперативного контроля качества лечения и устранения выявленных ошибок.

Таким образом, вопрос недостатка метода современной медицины в деле обеспечения качества медицинской помощи принципиально отличается от иных её составляющих, так как содержит источник ошибок и не может быть решён методом улучшения.

В настоящее время медицинская наука и практика переросли свой эмпирический этап и перешли к теоретическому. Отсюда потребность соответствия методологии этому её состоянию. Авторами были проведены исследования центрального понятия медицины — болезни — и создана теория этого явления. Согласно ей, болезнь есть совокупность двух типов процессов (патологического и приспособительно-восстановительного), реализуемых в определенной последовательности, продолжительности и координации, в ходе которых происходят содержательные изменения в органах и функциональных системах, в процессах регулирования организма. Совокупность этих содержательных изменений и процессов, в ходе которых они происходят, и образуют данный конкретный вид заболевания. Вне этих процессов и изменений болезнь существовать не может, болезнь реализуется лишь в них. Таким образом, чтобы определить однозначно болезнь и, соответственно, поставить истинный диагноз, доктор должен мысленно определить, вычленив форму и содержание болезни, то есть процессы и содержательные изменения, которые происходят в ходе болезни. Таким образом, задача диагностики заключается в следовании от конкретных жалоб, физикальных данных, лабораторных и инструментальных результатов к анализу, то есть в выявлении процессов, соответствующих тем или иным симптомам и синтезу болезни на основе выявленных процессов и сущностных изменений у пациента. При этом нужно учитывать, что болезнь, представляя собой совокупность процессов патологических и приспособительно-восстановительных, в свою очередь сама является процессом, незамершим статическим явлением, и картина ее проявлений будет меняться в соответствии с составляющими её процессами.

Задачи по повышению качества оказания медицинской помощи в свете изменения методических подходов к пониманию болезни, методов диагностики, диагноза, профилактики и лечению заболеваний

Исходя из вышеизложенного, одним из важных факторов повышения качества оказания медицинской помощи в области диагностики и лечения является изменение понимания явления болезни, её формы и содержания, методов диагностики и лечения.

Какие практические шаги необходимо предпринять?

Прежде всего, в области семиотики заболеваний. Далеко не всегда в современной семиотике тот или иной симптом приведен в соответствие с тем или иным процессом, происходящим в ор-

ганизме. Зачастую, указывая признаки того или иного заболевания, исследователи не определяют его место и происхождение среди всей совокупности симптомов, отсюда часто возникает вопросы о причинах присутствия либо отсутствия этого симптома в конкретной картине болезни. Более того, переход к диагностике заболеваний по патологическим или приспособительно-восстановительным процессам буквально требует приведения симптома в соответствие с процессом и механизмом, который его вызывает. Нужно отметить, что нигде выявление этой взаимосвязи не будет избыточными, то есть мешающим проследить эту связь, так как в организме всё рационально. Появление у врача возможности мыслить определённым образом (симптом — механизм его возникновения — причина (причины) его вызывающие — процессы) значительно облегчит процесс постановки диагноза.

Заболевание представляет собой совокупность разнонаправленных процессов, одни из которых свойственны многим заболеваниям (например, адаптивных, приспособительных, патологических), а другие — специфические — могут наблюдаться лишь при данном конкретном заболевании в отдельности или строго определенной совокупности. Они-то и будут служить критерием истинности поставленного диагноза.

Таким образом, определение для каждого заболевания сущностных сторон его и сущностных процессов, определяющих эти явления, будут надёжным критерием правильности диагноза.

Одновременно знание процесса болезни, понимание его, определение текущего состояния процессов, слагающих болезнь и, соответственно, условия его протекания в данном конкретном организме, в данное время (то есть с учётом состояния его функциональных систем, резервов) позволяет верно определить объём и вид лечебного воздействия на процессы болезни, а значит на этиологические факторы, функциональные системы, резервы организма и обеспечить целенаправленность воздействия. Сама по себе целенаправленность воздействия предполагает определённую цель воздействия, а значит и возможность контролировать достижение тех или иных результатов в этих процессах, то есть появляется возможность оперативного контроля сформулированных аналитических гипотез и формируется метод поэтапного контроля лечения, что должно выявлять ошибки не в конце большого этапа лечения, а в его процессе.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lathrop AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991;324(6):370-6. doi: 10.1056/NEJM199102073240604
3. Thomas EJ, Studdert DM, Newhouse JP, Zbar BI, Howard KM, Williams EJ, et al. Costs of medical injuries in Utah and Colorado. *Inquiry*. 1999;36(3):255-64. PMID: 10570659.
4. Вуори Х. В. Обеспечение качества медицинского обслуживания. Концепция и методология. Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1985.
5. Индейкин Е.Н. Качество медицинской помощи – библиография англоязычной литературы. *Качество мед. помощи*. 2002;(2):54-58.
6. Balogh EP, Miller BT, Ball JR, Committee on Diagnostic Error in Health Care; Board on Health Care Services; Institute of Medicine; *Improving Diagnosis in Health Care*. Washington (DC): National Academies Press (US); December 29, 2015.
7. Leape LL, Berwick DM, Bates DW. Counting Deaths Due to Medical Errors—Reply. *JAMA*. 2002;288(19):2405. doi: 10.1001/jama.288.19.2405-JLT1120-2-3
8. MacDonald OW. *Physician perspectives on preventing diagnostic errors*. QuantiaMD. September 2011. Accessed on: https://www.quantiamd.com/q-qcp/QuantiaMD_Preventing-DiagnosticErrors_Whitepaper_1.pdf Accessed June 16, 2022.
9. Федосеев Г.Б. Врачебные ошибки, их характер, причины возникновения, последствия и пути предупреждения. Доступен по: <https://congress-ph.ru/common/htdocs/upload/fm/botkin/18/prez/004.pdf> Дата обращения 03.10.2022.
10. Дац А.В., Горбачёва С.М., Дац Л.С., Прокопчук С.В. Структура врачебных ошибок и выживаемость пациентов в отделениях интенсивной терапии. *Вестник анестезиологии и реаниматологии*. 2015;12(4):44-49. doi: 10.21292/2078-5658-2015-12-4-44-49
11. Donabedian A. The quality of the assistance. How could it be evaluated? *Magazine JANUS*. 1989;864:103-110
12. Волкова Н.И., Волков А.В. К вопросу о понятии «болезнь». *Профилактическая медицина*. 2022;25(2):81-85. doi: 10.17116/profmed20222502181

Информация об авторах

Волкова Наталья Ивановна, д. м. н., профессор, заведующая кафедрой внутренних болезней, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4874-7835>; e-mail: n_i_volkova@mail.ru.

Волков Андрей Владимирович, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8985-1770>.

Information about the authors

Natalya I. Volkova, Dr. Sci. (Med.), Professor, Chief of Department of Internal Medicine №3, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4874-7835>; e-mail: n_i_volkova@mail.ru.

Andrey V. Volkov, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8985-1770>.

Получено / Received: 22.11.2022

Принято к печати / Accepted: 03.12.2022