

МЕДИЦИНСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ОКАЗАНИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Матейкович Е.А.¹, Шевлюкова Т.П.¹, Кукарская Е.Ю.¹, Галиева Г.Д.¹

¹ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, e-mail: mat-maxim@yandex.ru

Выполнен обзор монографических изданий, научных статей, авторефератов и рукописей диссертаций, представленных в Российской государственной библиотеке, базах данных PubMed, Ciberleninka, посвященных анализу причин, последствий и механизмов преодоления медицинских ошибок. Показана высокая актуальность данной проблемы в акушерстве и гинекологии. Исходя из преобладающей в современных исследованиях концепции медицинские ошибки рассмотрены как разновидность дефектов оказания акушерско-гинекологической помощи, исключающих уголовную или административную ответственность медицинского работника, допущенных в силу добросовестного заблуждения или экстраординарной акушерско-гинекологической ситуации. В США медицинские ошибки в структуре причин смертности пациентов за два десятилетия поднялись с 8-го на 3-е место. По количеству фиксируемых медицинских ошибок акушерство и гинекология уступают только стоматологии. Специфичным фактором ошибок в данной отрасли медицины являются состояния «максимальной напряженности и ответственности», когда необходимо почти мгновенное принятие решения, в частности о выборе тактики родоразрешения. Отмечается, что всеобщая стандартизация медицины не привела к существенному снижению количества медицинских ошибок, но позволила обезопасить пациента от некачественных действий медицинского персонала, а медицинского работника – от необоснованных претензий и проявлений «потребительского экстремизма». Указывается, что меры по предотвращению медицинских ошибок носят преимущественно организационный характер и направлены на проведение эффективного анализа их причин внутри ЛПУ, преодоление дефектов коммуникации внутри медицинских коллективов, надлежащее материально-техническое обеспечение лечебного и диагностического процессов, создание благоприятного эмоционального фона работы врача акушера-гинеколога.

Ключевые слова: акушерско-гинекологическая помощь, неблагоприятные исходы, медицинские ошибки.

MEDICAL ERRORS WITH ASSURANCE OF OBSTETRIC-GYNECOLOGICAL ASSISTANCE

Mateykovich E.A.¹, Shevlyukova T.P.¹, Kukarskaya E.Y.¹, Galieva G.D.¹

¹Tyumen State Medical University, Tyumen, e-mail: mat-maxim@yandex.ru

The article reviews monographic publications, scientific articles, abstracts and manuscripts of dissertations presented in the Russian State Library, PubMed, Ciberleninka databases, devoted to the analysis of causes, consequences and mechanisms for overcoming medical errors. High relevance of this problem in obstetrics and gynecology is shown. Medical errors are considered as a type of defects in the provision of obstetric and gynecological care that exclude the criminal or administrative liability of a medical worker, since they are allowed because of a conscientious delusion or an extraordinary obstetric-gynecological situation. In the US, medical errors in the structure of the causes of death of patients in two decades rose from the eighth to the third place. By the number of fixed medical errors obstetrics and gynecology is second only to dentistry. A specific factor of errors in this branch of medicine are the states of «maximum tension and responsibility», when almost instantaneous decision-making, in particular about the choice of tactics of delivery, is necessary. It is noted that universal standardization of medicine did not lead to a significant reduction in the number of medical errors, but allowed the patient to be protected from unskilled actions by medical personnel, and the medical worker from unreasonable claims and manifestations of «consumer extremism». It is stated that measures to prevent medical errors are primarily organizational in nature and are aimed at conducting an effective analysis of their causes within the health facilities, overcoming communication defects within medical teams, proper material and technical provision of medical and diagnostic processes, and providing a favorable emotional background for the work of the gynecologist.

Keywords: obstetric-gynecological care, adverse outcomes, medical errors.

Медицинские ошибки сопровождают врачебную практику с того момента, когда эта

практика появилась. Совершенствование медицинских знаний не только не исключило медицинские ошибки, но и способствовало появлению новых дефектов, обусловленных применением современных технологий и лекарственных средств. Резко выросли и общественные запросы в отношении качества медицинской помощи. Следственным комитетом внесено предложение о введении в Уголовный кодекс Российской Федерации отдельной статьи, посвященной медицинским ошибкам. По числу медицинских ошибок акушерство и гинекология занимают одно из ведущих мест среди отраслей медицины. В этой связи анализ научных публикаций, посвященных причинам медицинских ошибок в данной сфере и способам их преодоления, представляет повышенную актуальность и практическую значимость.

Цель исследования – провести критический обзор монографических изданий, научных статей, авторефератов и рукописей диссертаций, представленных в Российской государственной библиотеке, базах данных PubMed, Cyberleninka, посвященных анализу причин, последствий и механизмов преодоления медицинских ошибок вообще и в акушерстве и гинекологии в частности. Автор намерен систематизировать, логически обобщить и представить специалистам актуальную информацию по представленной теме для ее возможного использования в научной и практической деятельности.

В связи с отнесением медицинской деятельности к сфере оказания услуг, на которую распространяется законодательство о защите прав потребителей [1], лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) и научная общественность стали уделять значительное внимание юридическому аспекту оказания медицинской помощи. В акушерстве и гинекологии эти вопросы имеют особую актуальность в силу повышенного профессионального риска акушерской и гинекологической практики, развития вспомогательных репродуктивных технологий, наличия социальных и этических проблем прерывания беременности и т.д.

Интерес к вопросам правового обеспечения медицинской деятельности и защите прав врача также обусловлен публикациями в средствах массовой информации, включая сеть Интернет, активно использующих неблагоприятные исходы акушерско-гинекологической помощи в том числе для дискредитации образа врача и медицинской деятельности в целом [2].

Повышенное общественное внимание к проблеме качества оказания медицинской помощи действительно препятствует сокрытию дефектов диагностики и лечения, допущенных по вине медицинского работника. Получить достоверную информацию о неблагоприятном исходе медицинской помощи, его причинах, принимаемых мерах для смягчения негативных последствий и предотвращения подобных ситуаций в будущем –

право каждого пациента.

Публичное обсуждение имеющихся недостатков также заставляет самих врачей пересмотреть свое отношение к дефектам профессиональной деятельности. По оценкам отечественных медицинских социологов, допущенные ошибки далеко не всегда признаются врачами либо списываются на случайность и неизбежность [3]. Аналогичным образом дело обстоит и за рубежом, где только 46% оперирующих врачей готовы взять на себя ответственность за тяжелые неблагоприятные исходы, произошедшие по их вине [4].

Нелепо, однако, считать, что права пациентки защищаются только юристом. Гораздо в большей степени права человека на жизнь, здоровье, оказание квалифицированной медицинской помощи охраняются именно врачами и иными медицинскими работниками. Поэтому права пациенток и права медицинских работников тесно связаны между собой, только защищенный в правовом и социальном отношении медицинский персонал способен эффективно защищать права пациентов. Фактически же права медицинского работника и права пациентки отнюдь не равнозначны. По оценкам различных исследователей, жалобы на ЛПУ и его персонал в России рассматривают от 7 до 15 организаций [5, 6], тогда как пациентка отвечает за соблюдение врачебных рекомендаций, от которых в основном и зависят эффективность и безопасность проведенного лечения, по сути, сама перед собой.

Количество судебных процессов в отношении врачей во всем мире растет, что заставляет уделять внимание не только обобщению принятых решений и экспертной практики, но и теоретическим вопросам, таким как определение понятий «дефекты оказания медицинской помощи» и «врачебная (медицинская) ошибка». Единого мнения по данным вопросам в литературе не выработано. В Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [7] о «дефектах» вообще ничего не сказано, что дает повод отдельным представителям ЛПУ, отвечающим за юридическую работу в учреждении, легкомысленно относиться к претензиям пациенток, обжалующих именно дефекты оказанной им медицинской помощи.

Однако судебная и экспертная практика легко оперирует термином «дефект» не только на основе научного, но и вполне легального обоснования. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 года № 203н утверждены критерии оценки качества медицинской помощи, в том числе акушерско-гинекологической, из которых видно, при каких условиях медицинская помощь может быть признана надлежащей [8]. Дефект же есть прямой антипод качеству [9], что и позволяет пользоваться данным термином, оценивая оказанную медицинскую помощь.

Исходя из наиболее распространенной классификации врачебные (медицинские) ошибки наряду с умышленными преступлениями медицинских работников, их

неосторожными действиями и несчастными случаями (казусами) являются разновидностью дефектов оказания медицинской помощи [10].

Между неосторожностью, ошибкой медицинского работника и несчастным случаем существует очень тонкая грань, которую с трудом различают эксперты и тем более не видят пациентки, их родственники и представители [11]. Сложность квалификации причины неблагоприятного исхода и эмоциональный фон обращения потерпевших нередко побуждают правоохранительные органы к возбуждению уголовных дел в отношении медицинских работников, то есть к возложению всей полноты ответственности не на ЛПУ, а на конкретного исполнителя. Некоторые авторы усматривают в этом тенденцию, хотя в реальности до судебного разбирательства доходит не более двух третей уголовных дел, возбужденных в отношении медицинских работников, остальные прекращаются [12].

Неосторожные преступления медицинских работников (в частности, халатность) и их ошибочные действия, не влекущие уголовной ответственности, разграничиваются по признаку вины, то есть обязанности и реальной возможности предвидеть общественно опасные последствия в виде неблагоприятного исхода акушерско-гинекологической помощи. Медицинская ошибка не влечет ни уголовной, ни административной ответственности, потому что допустивший ее работник либо «добросовестно заблуждается», либо не обладает достаточными знаниями и навыками в экстраординарной акушерской или гинекологической ситуации [13]. Зарубежные авторы придерживаются аналогичного мнения, объясняя медицинские ошибки объективными, неблагоприятно сложившимися обстоятельствами, которые врач, несмотря на свои добросовестные действия и стремление оказать помощь больному, не учел [14].

В структуре причин смертности пациентов в США медицинские ошибки в настоящее время занимают 3-е место, тогда как еще два десятилетия назад были на 8-м [15, 16]. В европейских странах последствия медицинских ошибок испытывают на себе не менее 8 пациентов из 100 [17]. Акушерство и гинекология по количеству фиксируемых медицинских ошибок уступают только стоматологии [18]. При этом за рубежом, как и в России, активно оспариваются выводы экспертов о предотвратимости неблагоприятного исхода, а, значит, о наличии ошибки в действиях медперсонала [19].

Отдельные неблагоприятные исходы являются следствием казусов, которые невозможно предвидеть и крайне трудно предотвратить, несмотря на соблюдение утвержденных протоколов лечения и клинических рекомендаций. В частности, это может быть связано с ранее не известной, не описанной в аннотации реакцией организма на применение медицинских препаратов с учетом недостаточной изученности фармакокинетики и фармакодинамики многих лекарственных средств в период гестации

[20]. Вместе с тем казусы на основе субъективного мнения эксперта могут быть интерпретированы как медицинские ошибки и даже как халатность медицинского работника.

Как зарубежные, так и отечественные авторы указывают на невиновный характер большинства неблагоприятных исходов для жизни и здоровья пациентки и новорожденного, поскольку даже высококвалифицированный эксперт не всегда может выявить причину случившегося, которая кроется в несовершенстве научных знаний и прикладных навыков [21]. Кроме того, один неблагоприятный исход, как правило, обусловлен несколькими дефектами в работе ЛПУ и его персонала, системой факторов, включая организацию работы медицинского учреждения [22].

Причины ошибок в акушерской и гинекологической практике, о которых пишется в литературе, не имеют каких-либо существенных отличий от других разделов медицины. К ним традиционно относят недостаток опыта, переоценку собственных возможностей, игнорирование протоколов и клинических рекомендаций, недостаточную техническую оснащенность ЛПУ, неэффективное взаимодействие со смежными специалистами, субъективные факторы, обусловленные критическим нервным и физическим перенапряжением [18]. Данный стандартный набор подвергается критике в ряде источников, авторы которых отмечают, что опытные и квалифицированные врачи, как правило, имеют дело с более серьезными случаями, более самоуверенны, из-за свойственных им стереотипов не всегда объективно оценивают состояние пациента, и все это не позволяет проводить корреляцию между опытом медицинского работника и частотой совершаемых им ошибок [23].

Специфичными факторами ошибок в акушерстве являются состояния «максимальной акушерской напряженности и ответственности», когда необходимо почти мгновенное принятие решения о выборе тактики родоразрешения (например, при мекониальном окрашивании околоплодных вод) [24].

Сама по себе служба родовспоможения, как правило, носит экстренный характер, интенсивнее всего врач акушер-гинеколог, оказывающий стационарную помощь, трудится ночью и в выходные дни [5]. Продолжительная, более 24 часов, работа без сна удваивает количество предотвратимых медицинских ошибок [25]. Поэтому акушерство и гинекологию и принято относить к отраслям медицины с наиболее высокой степенью профессионального риска.

Ситуация усугубляется недостаточной обеспеченностью ЛПУ акушерскими кадрами, их текучестью. По оценке А.А. Шестакова, около 30% родов в России ведутся без участия акушерки, дефицит среднего медицинского персонала характерен и для других стран [26]. Среди врачей акушеров-гинекологов широко распространен синдром профессионального

выгорания, который на фоне усталости также резко повышает риск медицинских ошибок [27].

За много лет исследований по данной проблеме ученые не пришли к единой классификации медицинских ошибок [28]. Как правило, ошибки дифференцируются применительно к диагностике, лечению, профилактике, то есть по каждой стадии лечебного процесса. Особое внимание уделяется распространенности диагностических ошибок, поскольку, по разным оценкам, в большинстве отраслей медицины, включая акушерство и гинекологию, ошибочными являются от 10 до 15% диагнозов [29]. Однако если диагностические ошибки имеют ключевое значение в наступлении неблагоприятных исходов онкогинекологических заболеваний, то влияние ошибочных диагнозов на наступление неблагоприятных исходов в акушерской практике менее значительно (20,8% в структуре неблагоприятных акушерских исходов) [30].

Ошибки лечения в акушерстве и гинекологии рассматриваются применительно к каждой нозологии. Так, типичными ошибками в лечении преэклампсии, относящейся к числу труднопрогнозируемых и труднопредотвратимых акушерских осложнений, называют запоздалое начало лечения, гипергидратацию, обусловленную бесконтрольной инфузионно-трансфузионной терапией, неполноценную профилактику кровотечений, неверную тактику родоразрешения [31].

Для того чтобы минимизировать неблагоприятные исходы медицинской помощи, предотвратить необоснованное преследование врачей, в зарубежном здравоохранении с 1960-х гг. началась стандартизация диагностики и лечения заболеваний [32], которая продолжается, совершенствуется в наши дни. С одной стороны, стандарт, протокол позволяют обезопасить пациентку от некомпетентных действий медицинского работника [2]. С другой стороны, эти документы позволяют объективно оценить качество оказанной акушерско-гинекологической помощи, облегчают работу эксперта и повышают объективность его заключений, предотвращают необоснованное привлечение врача к юридической ответственности [33]. В настоящее время усилиями ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Минздрава России действующие клинические рекомендации (протоколы) по акушерству и гинекологии систематизированы и сосредоточены в одном издании.

Отклонения от стандартов, которые не привели к неблагоприятному исходу, также могут быть квалифицированы как медицинские ошибки. Они становятся предметом судебного разбирательства при рассмотрении вопросов об административной ответственности ЛПУ и могут приводить к дисциплинарной ответственности медицинского

работника. Более того, отождествление медицинской помощи и медицинской услуги позволяет пациентке требовать в данном случае и возмещения морального вреда, что, по сути, повторяет опыт США и Западной Европы. В основе такого подхода лежат опасность любой ошибки и возможность наступления неблагоприятных последствий не только сразу после ее совершения, но и через длительный период времени. Считается, что около 14% ошибок имеют отдаленные последствия [34]. Сказанное прежде всего относится к ошибкам диагностики, в частности когда врач не назначает какое-либо обязательное обследование (маммографию, анализ на онкомаркеры и т.д.) [35].

Вместе с тем тотальная стандартизация медицинской помощи подвергается критике. Высказываются сомнения в достоверности отдельных стандартов, обращается внимание на усиление формальных начал в оказании медицинской помощи, когда повышенное внимание уделяется оформлению медицинской документации в строгом соответствии со стандартами. Указывается на право врача выбрать более эффективный вариант лечения, чем позволяет стандарт, и на субъективность оценок при анализе неблагоприятных исходов, когда аналогичные клинические случаи исходя из одного и того же стандарта оцениваются совершенно по-разному [10]. Из-за различных экспертных подходов уже на стадии подготовки к судебному заседанию по иску пациентки, ее родственников или представителей нередко возникает спор относительно выбора учреждения, ответственного за судебно-медицинскую экспертизу по делу.

Комиссионные судебно-медицинские экспертизы, которые проводятся в связи с оказанием акушерско-гинекологической помощи чаще, чем в других отраслях медицины, в полной мере субъективный подход к анализу неблагоприятных исходов не устраняют. Согласно исследованию Д.В. Тягунова, по разным акушерско-гинекологическим случаям за подготовку заключения комиссии экспертов, как правило, отвечают один и тот же клиницист, два других члена комиссии – руководители бюро, не являющиеся профильными специалистами [36].

Предотвращение медицинских ошибок либо существенное уменьшение их количества зависит от множества факторов, главным образом организационного характера. В Российской Федерации заслуживает внимания опыт группы компаний «Мать и дитя» по анализу причин и минимизации последствий управляемых клинических рисков. В частности, каждое осложнение процедуры ЭКО в виде синдрома гиперстимуляции яичников подлежит фиксации и подробному разбору, в ходе которого достоверно устанавливаются причины произошедшего, разрабатываются меры профилактики, тогда как наказание виновного, своевременно доложившего о случившемся уполномоченному должностному лицу, может и не последовать [37].

Аналогичные меры давно применяются за рубежом, особенно в стационарах, где высока интенсивность работы, в силу чего ошибки не только могут скрываться, но и просто не замечаются, постепенно приобретая системный характер [38]. Так, в США врач или медицинская сестра, признавшие ошибку (при отсутствии признаков умысла или халатности), освобождаются от дисциплинарной ответственности. Более чем в двух третях штатов реализуется концепция «лечения честностью», исходя из которой информация, полученная пациентом при добровольном официальном извинении медицинской организации и конкретного медицинского работника, не имеет доказательственного значения в последующем судебном разбирательстве [39]. Тем самым все субъекты медицинской деятельности стимулируются к разрешению споров внутри системы здравоохранения, чтобы избежать отстранения медицинского работника от профессиональной деятельности, сократить издержки, связанные с судебным разбирательством.

Большое внимание за рубежом уделяют и преодолению дефектов коммуникации между пациенткой и медицинским персоналом. Анализируя причины обращения пациенток в суды штата Флорида по поводу перинатальной травмы, авторы исследования пришли к выводу, что почти половина претензий обусловлена подозрениями на недостоверность информации о причинах произошедшего или мотивом мести. Поэтому, чтобы медицинские организации и конкретные специалисты были заинтересованы в честном информировании пациентки о причинах неблагоприятного исхода, в США действует механизм уменьшения судебной компенсации за причиненный вред, если пациентка в полном объеме получила достоверную информацию об оказанной ей медицинской помощи, возникших осложнениях и допущенных дефектах [40].

Существенному сокращению ошибок, приводящих к неблагоприятным акушерским исходам, способствуют организационные меры, принятые в ведущих отечественных перинатальных центрах: 1) изучение структуры «едва не погибших» акушерских больных; 2) своевременный полный охват беременных амбулаторной акушерско-гинекологической помощью; 3) строгое соблюдение требований маршрутизации пациенток с целью их превентивного перевода на высокотехнологичный этап лечения [30].

При этом, несмотря на положительную оценку трехуровневой системы оказания стационарной акушерской помощи и деятельности региональных перинатальных центров, указывается на недостаточное внимание к акушерским стационарам II уровня, на которые приходится наибольшая нагрузка в родовспоможении и в которых фиксируется значительная часть неблагоприятных исходов, в том числе из-за их неготовности к своевременному проведению хирургического гемостаза и адекватной гемотрансфузионной терапии [41].

Эффективное взаимодействие между врачами женских консультаций и акушерских

стационаров предполагает тщательный отбор пациенток с высокой степенью акушерского риска уже на ранних сроках гестации, проведение своевременной госпитализации беременных с преэклампсией, отеками, хронической фетоплацентарной недостаточностью и другими осложнениями, если отсутствуют эффект амбулаторного лечения, преимущество в ведении пациенток, участие смежных специалистов (эндокринолога, кардиолога и др.) в наблюдении за беременными с экстрагенитальной патологией [42].

Выделение групп риска, анализ причин неблагоприятных исходов должны сочетаться с многоуровневой защитой от медицинских ошибок, элементами которой являются ограничение автономии медицинских работников и взаимный контроль между ними, внедрение института старшего руководства, обобщение допущенных ошибок в целях методического обеспечения повышения квалификации персонала [43].

Повышенный риск медицинской деятельности явился стимулом для развития института страхования профессиональной ответственности ЛПУ и отдельных медицинских работников. Данное страхование не только преследует экономические цели минимизации убытков, но и направлено на обеспечение эмоциональной устойчивости медицинского работника, что само по себе позволяет избежать многих ошибок. В России большинство врачей (89%), по данным медицинской социологии, желают застраховать свою профессиональную ответственность, однако не располагают достаточными денежными средствами для внесения страховых взносов [44]. По этой причине опыт работы региональных ассоциаций акушеров-гинекологов по страхованию профессиональной ответственности своих членов признан неудачным [45].

Отечественными и зарубежными исследователями показано, что к серьезным медицинским ошибкам могут приводить дефекты коммуникации между коллегами, конфликтная обстановка в медицинских коллективах, когда врачи не склонны к обмену информацией с коллегами о допущенных ошибках, так как не могут рассчитывать на помощь и поддержку [46].

В этой связи в медицинских организациях предложена модель «коммуникации и реагирования», которая должна сменить «отрицание и защиту». Элементами этой системы выступают открытость информации о неблагоприятных исходах и об их причинах, проведение тщательного внутреннего расследования, создание многоступенчатых барьеров для рецидивов, принесение извинений пострадавшим. Реализация этой стратегии позволяет вывести значительную часть медицинских ошибок из орбиты судебного разбирательства [47].

Выводы

1. Включение медицинской помощи в сферу потребительских отношений вызывает

серьезные сомнения у специалистов, прежде всего с точки зрения интересов самих пациентов.

2. Во всем мире наблюдаются увеличение частоты медицинских ошибок, рост количества судебных процессов в отношении врачей и медицинских организаций. Акушерство и гинекология по числу фиксируемых медицинских ошибок уступают только стоматологии.

3. Единое определение «медицинской ошибки» или «врачебной ошибки» отсутствует, но большинство авторов рассматривают медицинскую ошибку как добросовестное заблуждение, исключающее уголовную ответственность лица, допустившего данную ошибку.

4. К основным причинам медицинских ошибок в акушерско-гинекологической практике относят труднопредсказуемый и труднопредотвратимый характер целого ряда акушерских и гинекологических состояний, а также организационные факторы, такие как наиболее напряженная работа врача акушера-гинеколога в ночное время, дефицит акушеров-гинекологов и среднего медицинского персонала.

5. Значительный прогресс в преодолении медицинских ошибок дают открытость их обсуждения и анализа, стимулирование разрешения споров внутри системы здравоохранения, преодоление дефектов коммуникации между медицинским персоналом и пациентками.

Список литературы

1. О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей: Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 28 июня 2012 года № 17 // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. 2012. № 9.
2. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия v. 2.0. / В.Е. Радзинский. М.: Статус презенс, 2017. 872 с.
3. Елистратова И.В. Экспертиза дефектов оказания дерматовенерологической помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2008. 24 с.
4. Kaldjian L.C., Jones E.W., Wu B.J., Forman-Hoffman V.L., Levi B.H., Rosenthal G.E. Disclosing Medical Errors to Patients: Attitudes and Practices of Physicians and Trainees. *Journal of General Internal Medicine*. 2007. Vol. 22. № 7. P. 988-996.
5. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О. Изучение неблагоприятных исходов в акушерско-гинекологической практике // *Медицинское право*. 2012. № 6. С. 44-48.
6. Гридчик Л.А. Два взгляда на врачебные ошибки и качество оказания акушерской помощи

// Российский вестник акушера-гинеколога. 2015. № 15(6). С. 76-81.

7. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ // Собрание законодательства. 2011. № 48. Ст. 6724.

8. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 года № 203н [Электронный ресурс]. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201705170016> (дата обращения: 13.07.2018).

9. Старченко А.А. Профессиональные правонарушения в анестезиологии и реаниматологии. Проблемы юридической ответственности /А.А. Старченко. М.: БИНОМ, 2016. 944 с.

10. Березников А.В. Судебно-медицинская оценка дефектов оказания терапевтической помощи: дис. ... докт. мед. наук. Омск, 2011. 332 с.

11. Гребенюк М.О. Социальная защита врачей как профессиональной группы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2010. 25 с.

12. Фарбер Е.В., Сергеев Ю.Д., Шурупова Р.В. Социологические и правовые аспекты ошибок, совершаемых врачами и пациентами // Социология медицины. 2015. № 2. С. 16-19.

13. Гнатюк О.П. Врачебные ошибки и профессиональные правонарушения. Ответственность медицинских работников и меры предупреждения // Вестник Росздравнадзора. 2016. № 2. С. 16-21.

14. Spath P.L. Error Reduction in Health Care: A Systems Approach to Improving Patient Safety, 2nd Edition. N.Y.: Wiley, 2011. 416 p.

15. Leape L.L. Error in medicine. JAMA. 1994. Vol. 272. № 23. P. 1851–1857.

16. Makary M.A., Daniel M. Medical error – the third leading cause of death in the US. BMJ. 2016. Vol. 353, i2139.

17. Ker K., Edwards P.J., Felix L.M., Blackhall K., Roberts I. Caffeine for the prevention of injuries and errors in shift workers. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010 (5): CD008508.

18. Лудупова Е.Ю. Врачебные ошибки. Литературный обзор // Вестник Росздравнадзора. 2016. № 2. С. 6-15.

19. Hayward R.A., Heisler M., Adams J., Dudley R.A., Hofer T.P. Overestimating outcome rates: statistical estimation when reliability is suboptimal. Health Serv Res. 2007. Vol. 42. № 4. P. 1718–1738.

20. Сокова Е.А., Чилова Р.А., Проклова Г.Ф., Мекша Ю.В., Демидова О.А. Особенности метаболизма лекарственных средств во время беременности // Вестник современной клинической медицины. 2016. № 9 (5). P. 70-75.

21. Бисюк Ю.В. Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (критерии экспертной оценки и медико-правовые аспекты проблемы): дис. ... докт. мед. наук. Москва,

2008. 397 с.

22. Wu A., Folkman S., McPhee S., Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *Quality & Safety in Health Care*. 2003. Vol. 12. № 3. P. 221-226.

23. Groopman J. *How Doctors Think*. N.Y.: Houghton Mifflin Company, 2007. 320 p.

24. Николаева О.А., Гречканев Г.О., Николаев И.И., Сорокина А.Л. Поиск путей оптимизации родоразрешения при наличии мекониальных вод // *Медицинский альманах*. 2016. № 5. С. 45-46.

25. Barger L.K., Ayas N.T., Cade B.E., Cronin J.W., Rosner B., Speizer F.E., Czeisler C.A. Impact of extended-duration shifts on medical errors, adverse events, and attentional failures. *PLoS Medicine*. 2006. Vol. 3. № 12, e487.

26. Шестаков А.А. Врач акушер-гинеколог в системе родовспоможения: опыт социологического анализа: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2015. 22 с.

27. Landrigan C.P., Rothschild J.M., Cronin J.W., Kaushal R., Burdick E., Katz J.T., Lilly C.M., Stone P.H., Lockley S.W., Bates D.W., Czeisler C.A. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med*. 2004. Vol. 28 № 351 (18). P. 1838-1848.

28. Kopec D., Tamang S., Levy K., Eckhardt R., Shagas G. The state of the art in the reduction of medical errors. *Studies in health technology and informatics*. 2006. Vol. 121. P. 126–137.

29. Berner E.S., Graber M.L. Overconfidence as a Cause of Diagnostic Error in Medicine. *The American Journal of Medicine*. 2008. Vol. 121. № 5. P. 2-23.

30. Кукарская И.И. Профилактика и резервы снижения материнской смертности в Тюменской области: автореф. дис. ... докт. мед. наук. Москва, 2012. 41 с.

31. Ошибки в клинической практике акушера-гинеколога: учеб. пособие / под ред. С.-М. А. Омарова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 160 с.

32. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Q*. 196. Vol. 44. № 3 (suppl). P. 166-206. Reprinted in *Milbank Q*. 2005. Vol. 83. № 4. P. 691-729.

33. Вартапетова Н.В. Научное обоснование, разработка и внедрение организационно-функциональной модели акушерско-гинекологической и перинатальной помощи на современном этапе: автореф. дис. ... докт. мед. наук. Москва, 2011. 49 с.

34. Lucas B., Evans A., Reilly B., Khodakov Y., Perumal K., Rohr L., Akamah J., Alausa T., Smith C., Smith J. The impact of evidence on physicians' inpatient treatment decisions. *J. Gen. Intern. Med*. 2004. Vol. 19. № 5 (Pt 1). P. 402–409.

35. Brennan T., Leape L., Laird N., Hebert L., Localio A., Lawthers A., Newhouse J., Weiler P., Hiatt H. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *NEJM*. 2001. Vol. 324. № 6. P. 370–376.

36. Тягунов Д.В. Судебно-медицинская характеристика дефектов, возникших при оказании медицинской помощи: по материалам судебно-медицинских комиссионных экспертиз: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2010. 27 с.
37. Тугушев М.Т., Сараева Н.В., Шурыгина О.В. Опыт управления клиническими рисками в отделении вспомогательных репродуктивных технологий // Вестник Росздравнадзора. 2016. № 6. С. 39-42.
38. Henneman E.A. Unreported errors in the intensive care unit: a case study of the way we work. Crit Care Nurse. 2007. Vol. 27. № 5. P. 27-34.
39. Wu A.W., Cavanaugh T.A., McPhee S.J., Lo B., Micco G.P. To tell the truth: Ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. J. Gen. Intern. Med. 1997. Vol. 12. P. 770-775.
40. Wu A.W. Handling Hospital Errors: Is Disclosure the Best Defense? Ann Intern Med. 1999. Vol. 131. P. 970-972.
41. Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца. М.: Эксмо, 2009. 288 с.
42. Медведева И.Н., Святченко К.С. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: свести риск к минимуму // Акушерство, гинекология и репродукция. 2016. Т. 10. № 3. С. 29-34.
43. Amalberti R., Auroy Y., Berwick D., Varach P. Five system barriers to achieving ultrasafe health care. Ann Intern Med. 2005. Vol. 142. P. 756-764.
44. Приз Е.В. Социальная комплементарность прав пациентов и медицинских работников в отечественной медицине: дис. ... докт. мед. наук. Волгоград, 2011. 377 с.
45. Артымук Н.В. Роль региональных профессиональных некоммерческих организаций в содействии защите прав врача // Акушерство и гинекология. 2017. № 10. С. 98-103.
46. Хубулава Г.Г. О философии «врачебной ошибки» // Медицинский альманах. 2016. № 1. С. 26-29.
47. Disclosure of Errors // Agency for Healthcare Research and Quality [Электронный ресурс]. URL: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/2> (дата обращения 12.06.2018).