

Медицинский (врачебный) консилиум – история и практика

Тихилов Р.М. – д.м.н. профессор, директор ФГУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена Росмедтехнологий», г. Санкт-Петербург

Кустов В.М. – д.м.н., ведущий научный сотрудник ФГУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена Росмедтехнологий», г. Санкт-Петербург

Введение

Консилиум — это подлинно этическая традиция клинической медицины, благодаря которой не только предупреждаются возможные ошибки при принятии ответственных решений отдельным врачом, но и используются потенциальные возможности, имеющиеся в науке как «коллективном интеллекте». Консилиум врачей можно представить и как высшую социальную целесообразность: на одной чаше весов жизнь и здоровье человека, на другой — во всей необходимой полноте возможности медицинской науки (Кассирский Н. А., 1970; Иванюшкин А.Я., 1990).

Словарь медицинских терминов определяет консилиум (consilium; лат. совещание, обсуждение) как совещание врачей одной или разных специальностей с целью выработки заключения о состоянии здоровья обследуемого, установления диагноза болезни, определения ее прогноза, тактики обследования и лечения больного.

Латинское consilium имеет множество значений - обсуждение, совещание, намерение, замысел, пронизательность, и даже мудрость, благоразумие. А.П. Зильбер (1998), которому последнее значение слова нравится больше других, полагает, что грамотно составленное заключенное консилиума должно отражать именно этот смысл термина.

При упоминании о консилиуме сразу представляется заседание профессоров, обсуждающих какой-то сложный медицинский случай. В практическом плане консилиумом может быть приглашение одного или нескольких специалистов, как правило, высокой квалификации, для коллегиального обсуждения проблем пациента. Чаще всего привлекаются заведующий отделением или заместитель главного врача по лечебной работе (Лопатенков Г.Я., 2002).

Обращение за помощью и советом к коллегам в интересах больного выступает одним из ключевых принципов врачевания со времен Гиппократ (460 - 377 г. до н.э.). Большое значение консилиумам придавал Маймонид (1135-1204), призывая врачей советоваться друг с другом для правильной постановки диагноза и назначения лечения.

В русской медицинской литературе слово консилиум возникло в Петровскую эпоху, когда активно формирующийся русский литературный язык обогащался множеством научных латинизмов. В середине XVIII в. появились слова - абсцесс, ампула, ампутация, ангина, вена, консилиум и т.д.

После формирования врачебных сообществ начались попытки регламентировать отношения между врачами и пациентами. Общество врачей Вольнской губернии в 1885 г. приняло «Правила для взаимных отношений врачей около кровати больного», где детально расписывалось, как вести себя на консилиумах. Члены Санкт-Петербургского врачебного общества взаимной помощи (1890) в числе прочих обсуждали вопрос о поведении врачей на консилиумах (Лихтерман Б.Л., 2002).

В системе государственного здравоохранения консилиумы стали повседневным методом работы. Широко практиковалось приглашение на них крупных специалистов, для этих целей были предусмотрены специальные ассигнования. Консилиумы протекали в деловой, дружественной обстановке (Кассирский Н. А., 1970).

Логически мотивированный и своевременно предложенный консилиум в большинстве случаев принимался больным без всякого конфликта с лечащим врачом и без потери доверия к нему. Целеустремленным и деловым консилиумом Г.С. Пондосов (1957) считал такой, инициатива которого исходит от лечащего врача, и когда консультанты получают от него обстоятельный доклад о ходе болезни.

Бывают и другие консилиумы, так сказать практические, когда лечащий врач не решается брать на себя ответственности за исход болезни; такой консилиум в большинстве случаев совпадает с желанием родных больного. Неоправданно широкое проведение подобных консилиумов ведет к разпылению ответственности, к обезличиванию фигуры и действий лечащего врача, а между тем, сколько бы консилиумов ни собиралось, основным, ведущим специалистом, отвечающим за больного, думающим во всех деталях о диагнозе, динамике, лечении его болезни, является лечащий врач, постоянно пользующийся больным (Кассирский Н. А., 1970).

Уродливыми, несерьезными и не достигающими своей цели консилиумами Г.С. Пондосов (1957) считал те, когда в первый же день заболевания к больному приглашаются сразу несколько специалистов. Каждый из участников консилиума ожидает доклада лечащего врача, но такового не оказывается. На таких консилиумах преоб-

Ответственный за ведение переписки -
Тихилов Рашид Муртазалиевич,
194257, Санкт-Петербург, ул. Ах. Байкова, 8.
Российский НИИ Травматологии и ортопедии
им. Вредена Росмедтехнологий.
8 (812) 670 86 84
journal@rniito.org

ладает совершенно ненужная, а иногда даже вредная для больного видимость дела.

Недостаточно четкая организация консультаций и консилиумов была признана серьезным недостатком в оказании лечебно - диагностической помощи больным, что послужило основанием для издания в 1982 г. «Методических указаний о порядке организации консультаций и консилиумов в лечебных учреждениях». Эти указания повторно опубликованы в журнале «Качество медицинской помощи» (№ 1, 1996 год) и до настоящего времени носят статус действующих.

Согласно этому документу решение о созыве консилиума принимает заведующий отделением. Об этом надлежит уведомить главного врача или его заместителя по медицинской части, представив желательный состав участников консилиума по специальностям и указав степень срочности его созыва. О необходимости проведения консилиума делается запись в истории болезни. Ответственность за своевременный созыв консилиума возлагается на главного врача или его заместителя по медицинской части. Им же следует руководить консилиумом или назначить его руководителя (Методические указания, 1982). Лечащий врач организует консилиум (статья 58 статья Основ законодательства РФ).

Пациент имеет право на проведение по его просьбе консилиума и консультации других специалистов («Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1, ст. 30 «Права пациента»). Законные требования пациента о созыве консилиума или приглашении на консультацию другого специалиста ни в коем случае нельзя игнорировать - подобное бездействие будет нарушением части 4 статьи 30 «Основ» (Лопатников Г.Я., 2002). Для реализации этого права достаточно обращения пациента к лечащему врачу. Если пациент заявил об этом своем намерении, отказать доктор уже не вправе. В противном случае он становится правонарушителем, подлежащим привлечению к ответственности.

Представитель пациента (доверенное лицо) наряду с правом получить всю информацию о состоянии здоровья своего подопечного, ознакомиться с его медицинской картой, обсудить возможности лечения, может при необходимости также потребовать созыва консилиума (Лопатников Г.Я., 2002).

Поводы для консилиума

Ex consilio решаются наиболее сложные вопросы, такие как установление факта смерти мозга, необходимости медицинского вмешательства (операции) у недееспособного больного или подростка в отсутствие родителей, надобности в трансплантации органа, определении допустимого объема операции у соматически отягощенного больного.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум. Согласно на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достиг-

ших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31 настоящих Основ. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум. При невозможности собрать консилиум решение должен принять непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей.

В случае отказа больного от неотложного оперативного вмешательства, причинами которого чаще всего являются страх перед операцией, боязнь за ее исход, отсутствие доверия к мастерству и добросовестности врача, проведение консилиумов способствует установлению таких отношений, когда больной полностью доверяет персоналу (Чеботарева Э.П., 1970).

Подобные эпизоды редко встречаются в практической работе и чаще связаны с решением вопроса о повторной операции в связи с осложнениями предшествующего вмешательства (кровотечение, несостоятельность швов и др.). Именно в этих случаях необходимо привлекать для консилиума наиболее компетентных врачей (Лебедева Р.Н., 1988).

При ситуации, когда врач (например, реаниматолог) принципиально не согласен с тактикой и рекомендациями другого (например, хирурга), он может отстаивать свое мнение, предложить хирургу самому выполнить свои рекомендации, если речь идет о манипуляциях. Естественно, все должно быть оформлено соответствующими записями в истории болезни. Однако более правильным выходом из положения является решение, которое принимает консилиум в лице заведующих отделениями, хотя и среди них могут возникнуть разногласия (Лебедева Р.Н., 1988).

Консилиум может созываться на основании постановления судебно-следственных органов для выяснения вопросов, связанных с преступлениями против личности или здоровья человека, то есть при необходимости в судебно-медицинской экспертизе.

Место проведения и состав консилиума

Консилиум может быть созван в стационаре, амбулаторном учреждении, санатории, на дому и т. п. Чаще всего консилиум подразумевает участие врачей нескольких специальностей, заведующего отделением и лечащего врача. Могут быть приглашены, помимо врачей, компетентные эксперты немедицинских специальностей (например, для решения специальных юридических или научно-технических вопросов), если это необходимо для правильного понимания характера заболевания или травмы, а также для правильного выбора диагностической и лечебной тактики.

Порядок ведения консилиума

Правильная последовательность действий участников консилиума позволяет экономить время и достигать наилучшего результата.

Первоначально обсуждение происходит, по возможности, без пациента. После того, как все приглашенные для участия в консилиуме собрались, лечащий врач докладывает о больном. Доклад должен содержать все сведения об основном и сопутствующих заболеваниях, их течении, полученных данных клинического и лабораторного обследования, использованных методах лечения. Завершать сообщение следует перечислением задач, требующих коллегиального решения. Присутствующие могут задать докладчику уточняющие вопросы.

Затем производится осмотр больного, при необходимости с выполнением мануальных и инструментальных исследований, локальным осмотром.

Последующий обмен мнениями проводят без больного в форме свободной дискуссии, в ходе которой представляется возможность высказаться всем. Целесообразно, чтобы наиболее именитые члены консилиума вначале предоставили возможность высказаться молодым коллегам, не сковывая их инициативы. Заслушав все выступления, которые необходимо конспективно записывать в черновом варианте, дабы не упустить значимых фактов, приступают к выработке заключения.

Согласно «Этическому кодексу Российского врача» (1994), участвуя в экспертизах, консилиумах, комиссиях, консультациях и т.д., врач обязан ясно и открыто заявлять о своей позиции, отстаивать свою точку зрения, а в случаях давления на него прибегать к юридической и общественной защите. При этом от врача требуется быть честным, справедливым, доброжелательным и порядочным во взаимоотношениях с коллегами, с уважением относиться к их знаниям и опыту. Критика в адрес коллег должна быть аргументированной и неоскорбительной, направленной на профессиональные действия, но не на личности коллег.

Оформление результатов консилиума

Запись консилиума в истории болезни делается лечащим врачом и должна отражать данные о начале и течении заболевания, состоянии больного по данным обследования; эффективности ранее проведенного лечения, причинах, вызвавших, по мнению членов консилиума, ухудшение состояния больного или неясность диагноза и состояния больного, диагноз и его обоснование, подробные рекомендации.

Содержание записи врачебного консилиума:

а) дата и время проведения врачебной консультации (консилиума);

б) состав участников консилиума (должность, ученое звание, фамилия, инициалы);

в) совокупность всех данных о заболевании, состоянии больного на момент проведения консилиума, трудности (неясности) в постановке диагноза;

г) данные, установленные членами консилиума (новы́е или интерпретация имевшихся данных);

д) заключение по диагностике и лечению, прогноз;

е) рекомендации по обследованию и лечению;

ж) подписи.

Заключение консилиума выносится путем голосования,

при этом принимается решение, за которое проголосовало большинство членов консилиума. Его подписывают все участники консилиума с указанием занимаемой должности, специальности, фамилии, инициалов, даты и времени проведения консилиума (Методические указания ..., 1982). В случаях, если кто-либо из участников консилиума не согласен с заключением, принятым большинством голосов, он должен записать свое особое мнение с подробным его обоснованием.

Из практики здравоохранения известно, что особое мнение при проведении консилиумов, совместных осмотров с заведующим отделением, консультировании встречается относительно редко. Причем это "единодушие" обусловлено не столько единством медицинских взглядов, сколько морально-этическими отношениями между коллегами, прежде всего между руководителем и подчиненным, начинающим и опытным врачом, ординатором и профессором. Каждый врач, подписывая заключение консилиума, обязан сделать выбор между личной ответственностью перед законом и корпоративными отношениями, но всегда и везде во главу угла должны ставиться интересы больного (Чернобай В.В., 2003). Врачебная этика требует, чтобы больные ни в коем случае не страдали из-за личных амбиций врачей.

Рекомендации консилиума обязательны для лечащих врачей. Ответственность за их выполнение лежит на заведующем отделением (в условиях клинической больницы - и на заведующем соответствующей кафедрой) (Методические указания ..., 1982).

Решение консилиума принято считать административным указанием по ведению больного в трудной, неоднозначной ситуации. Однако нигде, насколько известно, нет юридического оформления такого взгляда, а консилиум часто выступает как удобный для врачей способ коллективной защиты от индивидуальной ответственности. В экстремальных условиях, когда ситуация меняется мгновенно, принцип «каждый отвечает за свои действия и бездействие» является ведущим, несмотря ни на какие решения консилиума (Зильбер А.П., 1998).

Ни консилиум врачей, ни администрация лечебного учреждения и вышестоящих органов управления не имеют юридического права преодолеть запрет компетентного больного на любое медицинское действие, в том числе и на гемотрансфузию (Зильбер А.П., 1999).

Нередко приходится сталкиваться с упорным желанием родных и близких больного, во что бы то ни стало присутствовать во время консилиума и принять участие в обсуждениях консультирующих врачей. Они не осознают, что этим, ничего кроме вреда, больному не принесут. Их присутствие лишь стесняет врачей в их свободных высказываниях и предложениях (Пондоев Г.С., 1957).

Для информирования родственников о состоянии больного, прогнозе заболевания необходимо выработать общую концепцию, которая отражает результат обсуждения на консилиуме и доступна для правильного понимания лицами, не имеющими специальных знаний.

В.А. Тарасюк (2002) пользу от консилиума для пациента усматривает в возможности его убедиться в том,

что лечащий врач не только сострадательно относится к нему, но и критически к себе; что не он один, а группа врачей искренне заинтересована в том, чтобы помочь больному. Получить новый полезный совет, так же как и услышать подтверждение ранее сказанного из иных уст, иногда имеет решающее значение. Наконец, коллективное мнение дает возможность получить необходимое лечение в полном объеме.

Для врачей консилиум – это прекрасная возможность для самооценки. Приятно, когда к твоему голосу прислушались и досадно, если твоё мнение коллектив проигнорировал. Консилиум привлекает к конкретному выражению фактов и гипотез, дисциплинирует докладчика. Лечащий врач получает возможность скорректировать терапию и снизить груз персональной ответственности (Тарасюк В.А., 2002).

Вопросы о персональной юридической ответственности врачей, принимавших коллективное решение в лечении больных, отражены в работах А.П. Зильбера (1998), В.В. Чернобай (2003, 2004). В судьбе больного посредством консилиума (консультации) принимают участие двое и более врачей. Их мнение и рекомендации должны в обязательном порядке фиксироваться в первичной медицинской документации и скрепляться подписями участников, а эти записи, в свою очередь, используются при доказывании виновности (невинности) в судебно-следственных разбирательствах.

Любой лечащий врач вынужден выполнять решения большинства, так как этого требуют его функциональные обязанности, тем более, что в состав консилиума входят и более опытные коллеги. Следовательно, при неблагоприятном исходе ответственность ложится на других членов консилиума, которые ненадлежащим образом исполняли свои обязанности (рекомендовали неправильную тактику лечения), в результате чего стали явными неблагоприятные последствия (Чернобай В.В., 2003).

Возможны следующие варианты наступления юридической ответственности участников консилиума при неблагоприятном исходе лечения и в случаях расхождения мнений среди коллег (Чернобай В.В., 2003). Вред, причиненный больному лечащим врачом, в том числе по рекомендации консилиума, считается неумышленным, а если к причинению неумышленного вреда были причастны двое и более медицинских работников, то, согласно уголовно-правовой доктрине, они не могут быть привлечены к уголовной ответственности. Таким образом, если лечащий врач (например, хирург) был согласен с мнением членов консилиума, а после операции это мнение оказалось ошибочным, и в результате этого лечения наступили последствия в виде вреда здоровью пациента, то хирург не будет привлечен к уголовной ответственности (Чернобай В.В., 2003).

Противоположный подход в оценке последствий коллегиального медицинского решения определен в Гражданском кодексе РФ. Прежде всего, иск за причиненный вред здоровью пациента будет предъявлен юридическому лицу – лечебному учреждению (ст. 1068 ГК РФ). Только на следующем этапе само лечебное учреждение сможет предъявить иск регресса причинителям вреда – членам консилиума (ст. 1081 ГК РФ). Гражданско-правовая ответственность предусматривает солидарную ответственность врачей (ст. 1080 ГК РФ), поставивших свою подпись под совместными рекомендациями (Чернобай В.В., 2003).

Таким образом, врачебный консилиум служит действенным инструментом улучшения качества медицинской помощи (врачевания). Использовать наиболее полно представляемые им возможности дают своевременное обращение к помощи коллег, продуманный состав участников консилиума, подготовленность к нему персонала отделения, соблюдение основных принципов ведения и оформления консилиума, следование выработанным ex consilio рекомендациям при дальнейшем лечении пациента. ■

Литература:

1. Гиппократ. Избранные книги: пер. с греч. под ред. В.П. Карпова. – М.: Бномедгиз, 1936. – 736 с.
2. Зильбер А.П. Этика и закон в медицине критических состояний «Этюды критической медицины», т.4. – Петрозаводск Изд-во ПетрГУ, 1998. – 560 с.
3. Зильбер А.П. Кровопотеря и гемотрансфузия. Принципы и методы бескровной хирургии. – Петрозаводск: Издательство Петрозаводского университета, 1999. – 120 с. С. 79 – 101.
4. Иванюшан А.Я. Профессиональная этика в медицине (философские очерки); АМН СССР.— М.: Медицина, 1990.— 224 с.
5. Кассирский И.А. О врачевании. Проблемы и раздумья. – М.: Медицина, 1970.—271 с.
6. Лебедева Р.Н. Деонтологи в клинической реаниматологии; Деонтологи в медицине. Т.1. – М.: Медицина, 1988. – С.263 – 294.
7. Лихтерман Б.Л. Существует ли медицинская этика? 2002. – <http://ideashistory.org.ru/pdfs/46lik.pdf>
8. Лопатенков Г.Я. Человек и здравоохранение: правила игры. Пособие для пациентов и их родственников. – Изд. 3. – СПб., 2002 г., 288 с.
9. Лучкевич В.С., Микзиртчан Г.Л., Суворова Р.В., Шепилов В.В. Проблемы медицинской этики в хирургии. В.С. Лучкевич, Г.Л. Микзиртчан, Р.В.Суворова, В.В.Шепилов. – СПб: СПбГМА, 2000. – 377 с.
10. Методические указания о порядке организации консультаций и консилиумов в лечебных учреждениях. – Письмо Минздрава СССР от 14.11.1982 N 06-14/14. Опубликовано: Качество медицинской помощи, N 1, 1996 год
11. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1.
12. Пондоев Г.С. Заметки врача. – Тбилиси: Грузмедгиз, 1957. – 187 с.
13. Тарасюк В.А. О пользе консилиумов. Украинский гомеопатический ежегодник Том 5. – 2002 – С. 38. http://www.polykhrestod.ua/other/years_articles55.
14. Чеботарева Э.П. Врачебная этика. – М.: Медицина – 1970. – 101 с.
15. Чернобай В.В. Ответственность врачей в связи с принятием коллегиальных решений при неблагоприятных исходах лечения. «Медицинское право» № 3, 2003. <http://rdoctor.net/medicine/bz-bw/med-amhyu.htm>
16. Чернобай, В.В. Ответственность врачей в связи с принятием коллегиальных решений при неблагоприятных исходах лечения ; В.В. Чернобай. Венеролог. – 2004. - № 2. – С.16-18.
17. Этический кодекс Российского врача. Утвержден 4-ой Конференцией Ассоциации врачей России, ноябрь 1994