

Профессиональная ответственность медицинского работника и безопасность пациента с позиции врача-клинициста

В.В. Лазарев^{1,2}, А.И. Крапивкин^{1,2}

¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;

²ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

Professional responsibility of a medical professional and patient safety from the perspective of a clinician

V.V. Lazarev^{1,2}, A.I. Krapivkin^{1,2}

¹Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia;

²Voino-Yasenetsky Scientific and Practical Center of Specialized Medical Children Care of the Moscow City Health Department, Moscow, Russia

Вопросы профессиональной ответственности медицинских работников обсуждаются с разной степенью интенсивности уже многие годы среди специалистов системы здравоохранения и в масс-медиа. Сложившаяся практика привлечения медицинских работников к ответственности при поступлении исковых заявлений от пациентов и их законных представителей в случае неблагоприятных исходов лечения свидетельствует, что вина специалиста в большинстве случаев определяется его действиями или бездействием. Авторы приводят доводы и рассуждают о том, что, наряду с ошибками, возникающими непосредственно у медицинского работника, есть факторы, влияющие на исход проводимого лечения, в том числе обусловленные особенностями самого пациента, которые невозможно предвидеть и которые, как правило, остаются вне поля зрения общества.

Ключевые слова: дети, медицинский работник, врач, медсестра, профессиональная ответственность, уголовное дело, профессионализм.

Для цитирования: Лазарев В.В., Крапивкин А.И. Профессиональная ответственность медицинского работника и безопасность пациента с позиции врача-клинициста. Рос вестн перинатол и педиатр 2024; 69(4): 5–10. DOI: 10.21508/1027-4065-2024-69-4-5-10

Responsibility of medical professionals has been discussed with varying degrees of intensity for many years among healthcare professionals and in the media. The established practice of holding a medical professional accountable when claims are received from patients and their legal representatives in the event of unfavorable treatment outcomes indicates that the guilt of a specialist in most cases is determined by his or her actions or inactions. The authors give arguments and discuss that, along with errors that occur directly to the medical professional, there are factors that influence the outcome of the treatment, including those caused by the characteristics of the patient himself, which cannot be foreseen and which generally remain unknown to the society.

Key words: children, medical professional, doctor, nurse, professional responsibility, criminal case, professionalism.

For citation: Lazarev V.V., Krapivkin A.I. Professional responsibility of a medicalcarer and patient safety from the position of a clinician. Ros Vestn Perinatol i Peditr 2024; 69(4): 5–10 (in Russ). DOI: 10.21508/1027-4065-2024-69-4-5-10

На протяжении многих лет специалистами системы здравоохранения и в масс-медиа с разной степенью интенсивности обсуждаются вопросы профессиональной ответственности медицинских работников. Авторы также являются прямыми участ-

никами этого обсуждения в качестве экспертов при судебно-медицинской экспертизе и непосредственно клинических работников в системе здравоохранения. В первом случае приходится оценивать работу коллег, а во втором — свои действия с позиции предполагаемого внешнего эксперта.

Из общего числа уголовных дел, представленных на экспертную оценку, особенно запомнились два, оставившие наиболее острые впечатления. В первом рассматривались действия анестезиолога-реаниматолога одной из районных больниц, который отказал находившемуся в лечебном учреждении ребенку при ухудшении его состояния в переводе в отделение реанимации, обосновав это отсутствием практики работы с детьми, при этом не предприняв никаких действий к тому, чтобы организовать перевод ребенка в другое профильное учреждение или провести консультацию с профильными специалистами, имеющими опыт работы с детьми. В итоге

© Лазарев В.В., Крапивкин А.И., 2024

Адрес для корреспонденции: Лазарев Владимир Викторович — д.м.н., проф., зав. кафедрой детской анестезиологии и интенсивной терапии факультета дополнительного профессионального образования Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова; гл. науч. сотр. Научно-практического центра специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ, ORCID: 0000-0001-8417-3555

117997 Москва, ул. Островитянова, д. 1

Крапивкин Алексей Игорьевич — д.м.н., дир. Научно-практического центра специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ; проф. кафедры госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, ORCID: 0000-0002-4653-9867

119619 Москва, ул. Авиаторов, д. 38

ребенок был переведен с запозданием в другое лечебное учреждение и, к сожалению, случай завершился летальным исходом. Второй пример — уголовное дело против анестезиолога-реаниматолога, проводившего общую анестезию у ребенка с врожденным заболеванием обмена веществ при амбулаторном стоматологическом лечении. Врач использовал в своей работе исключительно разрешенное медицинское оборудование, расходные материалы и лекарственные средства согласно инструкции к препаратам, соблюдая все требования к выполнению своих профессиональных обязанностей. Однако у ребенка возникла непредвиденная реакция на примененный препарат анестезии, которая привела к нарушению сердечной деятельности, переводу его в стационар и в последующем к летальному исходу. В беседе со следователями по данному случаю со стороны сотрудников следственного комитета прозвучала фраза, в смысловом значении указывающая на то, что не может такого быть, чтобы пациент умер, а виновных нет.

В первом случае вина врача, отказавшего в лечении ребенку по необоснованному поводу и не проявившему никакого участия в том, чтобы организовать эту помощь, несомненна, и он заслуживает самого строго наказания. Во втором случае нельзя согласиться с фразой сотрудников следственного комитета, трактуемой в отношении только медицинских работников. К сожалению, как правило, не учитываются особенности конкретного пациента, которые, как показывают исследования в области изучения генома человека, могут приносить существенные и порой крайне неожиданные изменения в ответную реакцию на использованные и давно применяемые лекарственные средства.

Этими двумя примерами мы попытались продемонстрировать, насколько разнообразным может быть спектр вопросов, включаемых в понятие «профессиональная ответственность медицинского работника». Это побудило нас представить видение данной проблемы с позиции клинического работника.

Профессиональная ответственность медицинского работника, будь то врач, средний или младший медицинский персонал, напрямую связана с безопасностью пациента. При этом само понятие «профессиональная ответственность» вместе с такими понятиями, как «подотчетность» и «обязанность», с одной стороны, позволяет медицинским работникам иметь любую степень автономии в своей профессиональной практике, а с другой — обязывает принимать ответственность за свои действия и обосновывать их, а также нести наказание за допущенные в работе ошибки, приведшие к неблагоприятным исходам [1].

В России по итогам 2023 г. в отношении медработников было возбуждено примерно на 25% больше уголовных дел, чем в 2022 г.: 2332 против 1860 соот-

ветственно. Чаще всего дела возбуждались по статье 109 Уголовного кодекса РФ (причинение смерти по неосторожности) — 1697 случаев, по статье 238 (оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности) — 463 дела, по статье 118 (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности) и статье 293 (халатность) — 24 и 124 дела соответственно. Среди медицинских специальностей лидерами по частоте уголовного преследования по статье 109 Уголовного кодекса РФ в отношении медицинских работников являются акушер-гинеколог, педиатр, неонатолог, хирург, анестезиолог-реаниматолог, терапевт. В период с 2012 по 2021 г. на рассмотрение в Центр судмедэкспертизы Минздрава поступило 3618 уголовных дел, из которых 718 (15,3%) касались акушеров-гинекологов, 371 (10,3%) инфекционистов и 364 (10,1%) хирургов [2, 3]. В 2022 г. против анестезиологов-реаниматологов были инициированы (0,54%) из 1860 уголовных дел в отношении медработников [4].

Профессиональная ответственность относится непосредственно к медицинскому работнику, обладающему определенными знаниями, компетентностью и полномочиями осуществлять свою профессиональную деятельность в соответствии со своими решениями: действовать или не действовать, какое лечение необходимо и как лучше всего его проводить, как обосновать свои действия или бездействие на основе имеющихся знаний и опыта. Вместе с преимуществами, которые заключаются в автономии принятия собственных клинических решений, профессиональная ответственность определяет и обязательства. Большей частью профессиональная деятельность носит рутинный характер и ничем не примечательна, поскольку пациент получает необходимое лечение без побочных эффектов, а конечный результат имеет запланированный и ожидаемый исход. Однако каждый раз, когда медицинский работник принимает решение лечить или не лечить пациента, он рискует тем, что его действия могут привести к неблагоприятному эффекту. В этом случае медицинский работник будет нести профессиональную ответственность за такое нежелательное явление [1].

Возникает вопрос поиска и определения грани, определяющей профессиональную ответственность медработника, обусловленную его личными качествами как профессионала, совокупностью внешних факторов (лекарственные препараты с побочными эффектами, медицинское оборудование и расходные материалы со своими техническими характеристиками, потенциально несущими опасность для пациента, внешняя среда и т.п.) и индивидуальными особенностями пациента, обусловленными его генотипом и воздействием окружающей среды, проявляющимися в способности воспринимать назначенное «стандартное» лечение.

В перечне вопросов безопасности пациента и профессиональной ответственности медработника рассматриваются связи между медицинскими учреждениями, отделениями и членами команды в рамках лечебного учреждения. Система здравоохранения становится все более сложной, требуя оперативного взаимодействия между ее различными структурами с целью улучшения результатов лечения пациентов, а также повышения удовлетворенности работой специалистов здравоохранения. При плохой командной работе медработников у пациентов вероятность осложнений или смерти почти в 5 раз выше, чем при хорошо структурированном и организованном взаимодействии медицинских сотрудников и всей системы здравоохранения в целом [5].

Внедрение в здравоохранение искусственного интеллекта и робототехники знаменует новую эру медицинских инноваций, обещающую улучшение диагностики и лечения. Однако эта технологическая революция, сопровождающаяся сложными этическими последствиями в обеспечении конфиденциальности и безопасности данных, их сохранения и передачи, привносит и ряд вопросов по индивидуализации ответственности в принятии решений на основе искусственного интеллекта в рамках профессиональной деятельности медицинского работника [6]. Иными словами, какова степень профессиональной ответственности медицинского работника, если решение было принято при участии искусственного интеллекта и данное решение привело к неблагоприятному исходу для пациента. Аналогичным образом возникает вопрос и в отношении использования робототехники. Кто несет личную профессиональную ответственность: врач, принявший решение применить данное устройство, или производитель этого оборудования, или инженер-конструктор, разработавший его и т.д., в случае неблагоприятного исхода для пациента, притом что никто из прямых и косвенных участников процесса не является явным виновником случившегося, а причиной послужила сформировавшаяся скрытая «усталость материала» устройства. Является ли для пациента, его безопасности возникший в данном случае неблагоприятный исход трагической случайностью, «судьбой». В рамках уголовных дел отмечается тенденция к переадресации ответственности за недостатки в организации медицинской помощи лечебного учреждения на конкретного врача, который не может оказать качественную помощь в отсутствие определенных условий, неисправности или отсутствии необходимого оборудования, препаратов и т.п. [7].

Эксперт Национальной медицинской палаты в области медицинского права и урегулирования споров по качеству оказания медицинских услуг И.Ю. Гриценко отмечает, что «сегодня среди части юристов бытует мнение, что врачей нельзя привлекать к уголовной ответственности, если медицин-

ский работник не хотел причинить вред больному, и это случилось помимо воли врача». При этом эксперт указывает на Уголовный кодекс РФ, который содержит разные формы вины (статья 24 Уголовного кодекса РФ), и на то, что «отсутствие волевого момента в действиях врача, направленных на причинение вреда здоровью пациента, тем не менее не освобождает от уголовной ответственности» [8].

И.И. Нагорная отмечает в своей публикации, что «уголовная ответственность медицинских работников в большинстве случаев должна наступать лишь при наличии последствий в виде тяжкого вреда здоровью или смерти человека. Круг иных уголовно-правовых запретов должен быть строго ограничен». Автор также аргументирует необходимость изменения или отмены статьи 238 Уголовного кодекса РФ в отношении медицинских работников, «поскольку ее применение избирательно и зависит от усмотрения правоприменителя» [9].

Неоднозначность имеющейся информации в отношении гражданского и прежде всего уголовного права при рассмотрении исковых требований в рамках профессиональной ответственности медицинских работников обуславливает необходимость в определении наиболее подходящих средств для предотвращения причинения вреда пациентам. Одно из таких эффективных средств в урегулировании споров между медицинским работником и пациентом — страхование профессиональной деятельности, позволяющее частично освободить работника от компенсационных расходов и получить юридическую поддержку [10].

Быстрое развитие генетической и репродуктивной медицины, активное внедрение новых технологий в нынешнюю практику здравоохранения, несомненно, дает положительные результаты в лечении многих врожденных генетически обусловленных и приобретенных заболеваний [11]. Однако даже сами специалисты в этой области вряд ли с полной уверенностью могут утверждать, что разработанные ими препараты на основе генной инженерии имеют исключительную тропность к запланированной точке приложения и не оказывают иного воздействия на организм, кроме предварительно определенного.

Большинство используемых в настоящее время препаратов имеют десятилетнюю историю их клинического применения. При этом с течением времени у них отмечаются клинические проявления, которые раньше не встречались и не были описаны. Это может быть обусловлено как новыми достижениями в области науки и техники, позволяющими выявлять на новом уровне эти проявления, так и реакцией организма пациентов с их изменившейся физиологией под воздействием окружающей среды, в том числе в результате жизнедеятельности человека. Использование генномодифицированных продуктов, непосредственное вмешательство в геном чело-

века, его модификация посредством генной инженерии могут приводить к изменению ответной реакции на лекарственные препараты, применяемые на протяжении десятилетий.

Открытые в 1993 г. микроРНК, продуцируемые в живых организмах и растениях, активно изучаются и рассматриваются с позиции их влияния на возникновение и лечение различных заболеваний. Хотя исследования микроРНК имеют непродолжительную историю, их влияние на большое количество процессов в организме очевидно и важно [12]. Публикации об эффекте кардиопротекции экзогенных микроРНК при соблюдении определенной диеты указывают на возможный синергизм эффектов эндо- и экзогенных микроРНК. Обсуждается также биологический эффект экзогенных микроРНК из бактерий и продуктов питания, выявленных в кровотоке человека и попавших туда из кишечника [13–15]. В ряде исследований указывается, что радикальные изменения в микробиоте кишечника пациентов, находящихся в критическом состоянии, с большой вероятностью отрицательно влияют на исход лечения [16]. В связи с этим возникает вопрос, насколько обоснованно соотносить неблагоприятный исход в лечении пациента с профессиональной ответственностью медработника в аспекте известных и, что наиболее важно, неизвестных, еще только изучаемых фактов влияния на организм человека генетически детерминированных препаратов и тех же микроРНК. Можем ли мы сегодня и завтра утверждать, что полученный неблагоприятный результат в работе медицинского работника был предопределен только его действиями или бездействием, а не обусловлен особенностями организма пациента, воздействием на него множества внешних и внутренних факторов, меняющих запланированное течение заболевания и дающих неожиданный результат.

Медицинская практика отличается необходимостью проводить анализ и делать заключения в определенной степени в условиях непредсказуемости и неопределенности. Анализ и заключения медицинского работника опираются на его знания и навыки, основанные на современных научных данных, а также часто имеют эмпирическую основу личного профессионального опыта. Медицинские работники берут на себя ответственность за эти заключения и их последствия. Непредсказуемость медицины делает медицинских работников уязвимыми перед обвинениями в недостижении ожидаемого результата лечения.

Ценности профессионализма менялись на протяжении всей истории медицины, и его значение также менялось в соответствии с социальными теориями. Традиционный медицинский профессионализм основывался на достоинствах автономии, саморегуляции, компетентности и т. д. Однако в настоящее время значение профессионализма изменилось в соответствии с концепцией ответственности [17]. Медицинский

профессионализм в настоящее время определяется как набор ценностей, моделей поведения и отношений, которые лежат в основе доверия общества к медработникам. Условия медицинской практики — важнейшие определяющие факторы формирующегося профессионализма. При этом все сотрудники системы здравоохранения, и особенно аппарат управления, несут взаимную обязанность в создании организационной инфраструктуры для поддержки медработников в выполнении их профессиональных обязанностей. Подобно тому, как партнерство пациента и медработника является ключевым терапевтическим взаимодействием в медицине, взаимодействие между медработником и руководящим звеном имеет решающее значение для оказания профессиональной помощи. Высококачественная помощь зависит как от эффективных медицинских бригад, так и от эффективной организации здравоохранения. Таким образом, профессионализм подразумевает многочисленные обязательства — перед пациентом, коллегами-профессионалами, учреждением или системой в целом, в рамках которой оказывается медицинская помощь, в той степени, в которой система поддерживает пациентов коллективно [18].

Могут ли процессы реорганизации в системе здравоохранения оказывать влияние на профессиональную ответственность медработников? В России 14 лет назад, согласно Стратегии-2020, Программе развития сестринского дела на 2010–2020 гг., была поставлена цель трансформации роли среднего медицинского персонала (медицинских сестер), передачи ему большего объема функций, самостоятельности и ответственности. Тем самым планировалось нивелировать дефицит медперсонала, от которого страдают страны как с менее развитым, так и успешным развитием экономики, системы здравоохранения [19]. В 2019 г. было заявлено о распространении полученного опыта внедрения новой модели медицинской сестры, предполагающей более высокую степень универсальности навыков и ответственности к 2024 г. на все субъекты РФ [20, 21]. Однако стремление к сокращению больничных коек и повышению их оборота с целью оптимизации бюджетных расходов с уменьшением одновременно числа медицинских работников приводит к их психоэмоциональному и физическому истощению, чревато ошибками, безразличием к работе и пациентам, разочарованием в профессии [22–24]. Дефицит кадров и невысокие заработные платы вынуждают медицинских работников нередко выполнять свои обязанности непрерывно по 30 ч и более, что, несомненно, отрицательно влияет на качество работы и повышает риск ошибок.

Сейчас понятие «уважение» заменено рейтинговыми таблицами, а личностные отношения заменяются новой формой общения через Интернет, который «обусловил появление новой формы функционирования языка, промежуточной между устной

и письменной. Возникновение новой формы общения имело следствием возникновение интерфейсной, или кликающей, культуры, появление человека кликающего, языковой личности интерфейсной культуры, виртуальной языковой личности. Такое поколение еще называют "пальцевым", так как оно живет в мире Интернета, общается посредством сообщений в мессенджерах, для него социальные сети служат продолжением "пальцевого" общения» [25–27]. В этих условиях взаимоотношения между медработниками и пациентами также все чаще приобретают формальный характер, при котором обе стороны не передают и не получают в полном объеме необходимую им информацию. Например, медработник не удосуживается получить при первом контакте с пациентом необходимую информацию о его состоянии, а пациент или его законные представители не считают нужным следовать рекомендациям медработника и приносят свои коррективы в план лечения, опираясь на сведения из Интернета.

Заключение

Резюмируя изложенное, следует подчеркнуть, что понятие «профессиональная ответственность» и следующие из него последствия для медицинского работника не могут трактоваться только исключительно из оценки действия или бездействия специалиста. Совокупность факторов, влияющих на конечный результат оказания медицинской помощи пациенту, столь широка и разнообразна, во многом определяемая специфичностью конкретного пациента во всех его проявлениях, что даже при соблюдении всех нормативных актов и действующих принципов оказания медицинской помощи не представляется возможным с абсолютной уверенностью предугадать исход. Авторы согласны с мнением ряда специалистов, что рассмотрение деятельности медицинского работника при исполнении им своих профессиональных обязанностей должно осуществляться вне рамок уголовного права и вне понятия «услуга».

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Cornock M. Legal principles of responsibility and accountability in professional healthcare. <https://oro.open.ac.uk/49089/3/Legal%20principles%20of%20responsibility%20and%20accountability%20in%20healthcare.pdf> / Ссылка активна на 21.06.2024.
2. Преступления в медицине. [Crimes in medicine. (in Russ.)] <https://zdrav.expert/index.php/> / Ссылка активна на 21.06.2024.
3. Уголовная ответственность медицинского работника: когда лечение становится преступлением? [Criminal liability of a medical worker: when does treatment become a crime? (in Russ.)] <https://www.garant.ru/article/1626099/> / Ссылка активна на 21.06.2024.
4. Горбачев В.И., Уткин Н.Н., Нетесин Е.С., Горбачев С.В., Малыгина А.В., Лаврентьев А.М., Урбазаев А.А. Уголовные дела против врачей — анестезиологов-реаниматологов в России за 2019–2022 гг.: ретроспективное наблюдательное исследование. Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова. 2024; 2: 54–61. [Gorbachev V.I., Utkin N.N., Netesin E.S., Gorbachev S.V., Malygina A.V., Lavrentyev A.M., Urbazayev A.A. Criminal cases against anesthesiologists and resuscitators in Russia for 2019–2022: a retrospective observational study. Vestnik intensivnoy terapii im. A.I. Saltanova 2024; 2: 54–61. (in Russ.)] DOI: 10.21320/1818–474X-2024–2–54–6
5. Rosen M.A., DiazGranados D., Dietz A.S., Benishek L.E., Thompson D., Pronovost P.J., Weaver S.J. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. Am Psychologist 2018; 73(4): 433–450. DOI: 10.1037/amp0000298
6. Elendu C., Amaechi D.C., Elendu T.C., Jingwa K.A., Okoye O.K., John Okah M. et al. Ethical implications of AI and robotics in healthcare: A review. Medicine (Baltimore). 2023; 102(50): e36671. DOI: 10.1097/MD.00000000000036671
7. Решают профессионалы. [The professionals decide. (in Russ.)] <https://nacmedpalata.ru/?action=show&id=31087> / Ссылка активна на 21.06.2024.
8. Гриценко И.Ю. Уголовная ответственность медицинских работников. [Gritsenko I.Yu. Criminal liability of medical workers. (in Russ.)] <https://nacmedpalata.ru/?action=show&id=31052> / Ссылка активна на 21.06.2024.
9. Нагорная И.И. Уголовная ответственность за профессиональные преступления медицинских работников: новый подход. Российский юридический журнал 2021; 1: 147–157. [Nagornaya I.I. Criminal liability for professional crimes of medical workers: a new approach. Rossiiskii yuridicheskii zhurnal, 2021; 1: 147–157. (in Russ.)]
10. Guerra F., Guzzo A.S., La Rosa P., Miatto I., Vergati D., Mire-di F. et al. Risk management and Healthcare responsibility. How to guarantee legal protection in Medicine. Clin Ter, 2021; 171(1): e63–e66. DOI: 10.7417/CT.2021.2285
11. van Dijke I., van El C.G., Lakeman P., Goddijn M., Rigter T., Cornel M.C., Henneman L. Dynamics of reproductive genetic technologies: Perspectives of professional stakeholders. PLoS One, 2022; 17(6): e0269719. DOI: 10.1371/journal.pone.0269719
12. Миронова О.Ю., Бердышева М.В., Елфимова Е.М. МикроРНК: взгляд клинициста на состояние проблемы. Часть 1. История вопроса. Евразийский кардиологический журнал, 2023; 1: 100–107. [Mironova O.Yu., Berdysheva M.V., Elfimova E.M. MicroRNA: a clinician's view of the problem. Part 1. History of the issue. Evraziiskii kardiologicheskii zhurnal 2023; 1: 100–107. (in Russ.)]. DOI: 10.38109/2225–1685–2023–1–100–107
13. Collado A., Jin H., Pernow J., Zhou Z. MicroRNA: A mediator of diet-induced cardiovascular protection. Curr Opin Pharmacol, 2021; 60: 183–192. DOI: 10.1016/j.coph.2021.07.022
14. Zobeiri M., Parvizi F., Kalhori M.R., Majnooni M.B., Farzaei M.H., Abdollahi M. Targeting miRNA by Natural Products: A Novel Therapeutic Approach for Nonalcoholic Fatty Liver. Evid Based Complement Alternat Med, 2021; 2021: 6641031. DOI: 10.1155/2021/6641031
15. Chevillet J.R., Lee I., Briggs H.A., He Y., Wang K. Issues and prospects of microRNA-based biomarkers in blood and other body fluids. Molecules 2014; 19(5): 6080–6105. DOI: 10.3390/molecules19056080
16. Черневская Е.А., Белобородова Н.В. Микробиота кишечника при критических состояниях (обзор). Общая реаниматология, 2018; 14(5): 96–119. [Chernevskaya E.A., Beloborodova N.V. Gut microbiota in critical illness (review). Obshchaya reanimatologiya 2018; 14(5): 96–119. (in Russ.)] DOI: 10.15360/1813–9779–2018–5–96–119

17. Kim J.H. Medical professionalism-on social responsibilities viewed from historical perspective. *Korean J Gastroenterol* 2015; 65(3): 165–172. DOI: 10.4166/kjg.2015.65.3.165.
18. Working Party of the Royal College of Physicians. Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. *Clin Med (Lond)* 2005; 5(6 Suppl 1): S5–40.
19. Chua G.-P. Challenges confronting the practice of nursing in Singapore. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2020; 7(3): 259–265. DOI: 10.4103/apjon.apjon_13_20
20. Александрова О.А., Ненахова Ю.С., Ярашева А.В. Трансформация российского здравоохранения: роль медицинских сестер. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины 2021; 29 (спецвыпуск): 1251–1257. [Alexandrova O.A., Nena-khova Yu.S., Yarasheva A.V. Transformation of Russian healthcare: the role of nurses. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny* 2021; 29 (special issue): 1251–1257. (in Russ.)] DOI: 10.32687/0869–866X-2021–29-s2–1251–1257
21. Aiken L.H., Sermeus W., Van den Heede K., Sloane D.M., Busse R., McKee M. et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross-sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Br Med J* 2012; 344: e1717. DOI: 10.1136/bmj.e1717
22. Kutney-Lee A., McHugh M., Sloane D. M., Cimiotti J.P., Flynn L., Neff D.F. et al. Nursing: a key to patient satisfaction. *Health Affair (Millwood)* 2009; 28(4): w669–w677. DOI: 10.1377/hlthaff.28.4.w669
23. Laschinger H.K.S., Leiter M.P. The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burn-out/engagement. *J Nurs Admin* 2006; 36(5): 259–267. DOI: 10.1097/00005110–200605000–00019
24. Романовский Н.В. Интерфейсы социологии и киберпространства. Социологические исследования 2000; 1: 16–23. [Romanovsky N.V. Interfaces of sociology and cyberspace. *Sotsiologicheskie issledovaniya* 2000; 1: 16–23. (in Russ.)]
25. Горошко Е.И. Лингвистика Интернета: формирование дисциплинарной парадигмы. Жанры и типы текста в научном и медийном дискурсе. Орел: Картуш, 2007 (вып. 5): 223–237. [Goroshko E.I. Linguistics of the Internet: formation of a disciplinary paradigm. Genres and types of text in scientific and media discourse. Orel: Kartush, 2007; (issue 5): 223–237. (in Russ.)]
26. «Лайк» как знак особой культуры общения в социальных сетях. *Cross-Cultural Studies: Education and Science (CCS&ES)*. 2016; 3(III): 43–52. [“Like” as a sign of a special culture of communication in social networks. *Cross-Cultural Studies: Education and Science (CCS&ES)*. 2016; 3(III): 43–52. (in Russ.)]

Поступила: 08.07.24

Received on: 2024.07.08

Конфликт интересов:

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов и финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

Conflict of interest:

The authors of this article confirmed the lack of conflict of interest and financial support, which should be reported.