

Л.И. Дворецкий*

ГБОУ ВПО 1 МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра госпитальной терапии № 2, Москва, Россия

ПУТЕШЕСТВИЕ В СТРАНУ ЯТРОГЕНИЯ

L.I. Dvoretzky*

First Moscow State Medical University n.a. I.M. Sechenov, Department of Hospital Therapy № 2 Medical Faculty, Moscow, Russia

THE JOURNEY TO THE LAND IATROGENESIS

Резюме

Первое сообщение знакомит читателей с историей вопроса, истоками учения о ятрогении, первом появлении этого термина, дефинициях ятрогении. Приводятся сведения о знаменитых исторических личностях, ставших жертвами ятрогении, а также об основных причинах роста ятрогенных событий и месте ятрогении в международной классификации болезней.

Ключевые слова: ятрогения, ятрогенные события, нежелательные последствия лечения

Abstract

The first message introduces readers with a history issue, the origins of the doctrine of iatrogenesis, the first appearance of the term definitions iatrogenesis. Contains information about famous historical figures who were victims iatrogenesis and about the underlying causes of growth iatrogenesis events and place iatrogenesis in the international classification of diseases.

Key words: iatrogenesis, iatrogenic developments, adverse consequences of treatment.

DOI: 10.20514/2226-6704-2017-7-1-23-29

НПЛ — неблагоприятные последствия лечения

*«Встречаются больные, которым мы можем помочь,
но нет таких больных, которым мы не можем навредить»*

Артур Блюменфельд

История вопроса

С момента зарождения медицины и появления фигуры врача результаты взаимодействия врача и больного во всех его проявлениях оказывались неоднозначными с точки зрения эффекта воздействия на пациента. Наряду с положительным эффектом результаты лечения в некоторых случаях оказывались неожиданными как для больного, так и для врача. Состояние больного почему-то ухудшалось, появлялись новые, нередко более тягостные симптомы, хуже поддающиеся лечению, возникали тяжелые осложнения вплоть до фатального исхода. По мере прогресса медицины и понимания механизмов действия лекарственных препаратов и немедикаментозных методов воздействия стало очевидным, что любой способ лечения (лекарственный, хирургический и др.) может стать «обоюдоострым» независимо от адекватности его применения.

О потенциально негативных последствиях взаимодействия врача и больного красноречиво свидетельствует известный афоризм «Прежде всего не навреди» («*Primum non nocere*», лат), приписываемый обычно

Гиппократу и ставший одной из основных заповедей врача. Однако в тексте гиппократовой клятвы подобной фразы не найдено, хотя имеются высказывания относительно щадящей и охраняющей миссии врача. Поэтому история данного изречения представляет культурологический интерес, особенно для медиков.

По мнению профессора медицинской этики университета Наварры G. Neganz, выражение «*Primum non nocere*» было введено в американский и британский лексикон Worthington Hooker в 1847 и появилось в книге «Врач и больной» [1]. G. Neganz приписывал это изречение парижскому патологу и клиницисту A.F. Chomel (1788–1858), последователю и ученику самого Рене Лаэннека и сделал это сообщение в виде комментария [2] в ответ на опубликованную в том же журнале статью [3]. Клинический фармаколог С.М. Smith на основании тщательного исследования фразеологического источника «*Primum non nocere*» обнаружил [4], что фраза приписывается английскому врачу Томасу Сиденгаму (1624–1689) в книге «Основы новой теории и практики медицины» [5]. Эта книга и пресловутое изречение обсуж-

*Контакты. E-mail: dvoretzki@mail.ru

дались неким автором, подписавшимся инициалами «Н.Н.», в одном американском журнале. В дальнейшем выражение «*Primum non nocere*» было использовано американским хирургом L. A. Stimson, в том же журнале в 1879, а затем в 1906 г. Последними, кто употребил это выражение, прежде чем оно стало общепринятым, был акушер-гинеколог J. Whitridge Williams (1911 г.) и доктор Morris Fishbein (1930 г.), издатель всемирно известного журнала «Journal of the American Medical Association (JAMA)».

Как видно, история медицины полна нераскрытых тайн и в то же время изобилует неожиданными открытиями. Давно устоявшиеся положения, казавшиеся до недавнего времени неизменными, подвергаются ревизии, а проводимые исследования позволяют открыть новые, порой неожиданные сведения. Так случилось со ставшей для медиков крылатой фразой «*Primum non nocere*», приписываемой ранее Гиппократу и даже Галену, но принадлежащей, как оказалось, не менее знаменитой личности в медицине Томасу Сиденгаму (рис. 1). Клиническое наследие Т. Сиденгама огромно и характеризует его как многогранного врача-ученого своего времени, которого справедливо называли английским Гиппократом. Достаточно упомянуть несколько трудов Т. Сиденгама по актуальным проблемам медицины того времени: «Способы лечения лихорадок» (The Method of Curing Fevers); «Об эпидемиях» (On Epidemics); «О венерических заболеваниях» (On Venereal Diseases); «Лечение артрита и водянки» (The Management of Arthritis and Dropsy); «Процесс излечения» (The Process of Healing). Наиболее впечатляющим считается яркое и образное описание подагрического приступа, которое Т. Сиденгам, сам страдавший подагрой, сделал в «Трактате об отложении солей и водянке» (1683 г.), проанализировав собственные симптомы заболевания.



Рисунок 1. Томас Сиденгам, английский врач (1624-1689)

Figure 1. Thomas Sydenham, English physician (1624-1689)

Богатый врачебный опыт, клиническая интуиция и дальновидность позволили Томасу Сиденгаму предвидеть, что наряду с пользой для пациента, врачебное вмешательство в судьбу больного человека может таить в себе потенциальные опасности. Это дало основание Т. Сиденгаму настоятельно предостережением «*Primum non nocere*», в котором со всей очевидностью была выражена приоритетность безопасности лечения перед стремлением достижения эффекта. С тех пор и до нашего времени это изречение, превратившееся для врача в своеобразную заповедь, служит ему постоянным напоминанием о возможном риске развития осложнений и призывом к обеспечению максимальной безопасности больного в процессе лечения. Правомочно считать, что выражение «*Primum non nocere*» явилось предвестником не только понятия «ятрогенности», но и самой проблемы ятрогенной патологии, ставшей в настоящее время междисциплинарной.

Знаменитые жертвы ятрогенности

История медицины хранит немало клинических сюжетов, которые при анализе можно расценивать как ятрогенные. По мере развития медицины и смены воззрений на сущность патологических процессов менялись подходы к лечению заболеваний и становились очевидными ошибочность и опасность применяемых некоторых методов лечения, которые до того времени считались общепринятыми, но таили в себе дополнительно реальную опасность для здоровья.

Достаточно упомянуть такой, пожалуй, самый древний способ лечения многих заболеваний, как кровопускание, имевший для многих пациентов роковые последствия. Со времен Галена, во многом благодаря его концепции четырех сред тела, кровопускание стало считаться эффективным методом лечения многих заболеваний. Гален настаивал на том, что сангвинический темперамент связан с избытком крови, в связи с чем больным с чрезмерным полнокровием обязательно рекомендовали кровопускание. При проведении кровопускания широко вскрывалась вена, и выпускалось не менее полутора литров крови в специальный сосуд. В случаях отсутствия улучшения состояния больного после подобной процедуры болезнь считалась серьезной, что являлось показанием для повторных кровопусканий. Авторитет Галена был настолько непререкаемым, что долгое время медики следовали этой рекомендации и провели кровопускания не одному миллиону людей, для многих из которых эти процедуры оказались фатальными. Короли и императоры, церковные сановники и видные государственные деятели, аристократы и простолюдины становились жертвами этого многовекового врачебного заблуждения, приводившего либо к усугублению имеющегося заболевания, либо к фатальному исходу. Чем более знатным был пациент, тем больше

была вероятность его гибели от плановой потери крови. Так, первый президент США, Джордж Вашингтон, проснувшись утром 14 декабря 1799 года, пожаловался на затруднённое дыхание. Опасаясь, что врач может не успеть, он попросил об услуге надсмотрщика рабов. Порез получился очень глубоким, и пациент потерял слишком много крови, прежде чем рану удалось закрыть. После того как прибыли доктора, Дж. Вашингтону пускали кровь ещё четыре раза в течение восьми часов и к вечеру первого президента США не стало. Позднее один из его врачей, Джеймс Крейк, признался, что у него были опасения по поводу слишком большой потери крови.

Королю Франции Людовику XIII только за десять месяцев сделали кровопускание 47 раз. Эти десять месяцев стали в жизни Людовика последними — король умер, и не сами ли кровопускания были тому виной?

Считается, что жертвой кровопусканий стал философ Рене Декарт, умерший через несколько дней после кровопускания, сделанного по поводу воспаления легких на 8-й день заболевания. Даже младенческий возраст не спасал от этой опасной процедуры. «Не проходит дня в Париже, когда мы не прописывали бы пускать кровь у грудных детей» — писал Гюи Патэн, лейб-медик Людовика XIV, один из корифеев тогдашней медицины. Нетрудно представить последствия таких столь широко распространенных процедур.

Известно, что смерть величайшего художника Рафаэля Санти вопреки версии о страстных любовных увлечениях, произошла именно от кровопускания. Приглашенные к нему врачи стали лечить лихорадящего художника так, как было принято в те времена — с помощью обильного кровопускания, вместо того чтобы дать какие-то укрепляющие средства. Благодарное Папы Льва X (за два года до того Рафаэль нарисовал картину «Папа Лео X с двумя кардиналами», 1518), конечно, делу не помогло, и 6 апреля 1520 года, в свой день рождения, Рафаэль скончался после сделанного ему очередного кровопускания.

Часто цитируют расхожую фразу Мольера, сказанную в те годы: «Почти все люди умирают не от болезни, а от лечения...». Более дословно Жан Батист Мольер (1622 — 1673) говорил: «Почти все люди умирают не от своих болезней, а от лекарств», но поскольку в те времена кровопускание и было основным «лекарством» (кроме клизмы и ртути), то перевод в вышеприведенной цитате: «умирают от лечения» вполне адекватен и звучит сегодня как нельзя современно. Комические пародийные образы таких врачей от Мольера перенимают и другие французские авторы, например Ален-Рене Лесаж, в комедиях и романах которого врачи неуклонно лечат пациентов «старыми испытанными методами» — клизмами и обильными кровопусканиями. В романе А.Р. Лессажа (1668-1747) «История Жиль Блаза из

Сантильяны» медик Санградо, исповедующий те же врачебные принципы, уносит кровопусканиями в городе Вальядолиде больше жизней, чем повальная эпидемия. Вот описание визита врача к одному из пациентов «...Страдающий подагрой больной пылал от жара. Послали за доктором Санградо, которого называли вальядолидским Гиппократом. Доктор появился во всем своем величии, говорил осторожно, взвешивая слова и используя термины, которые звучали завораживающе для слуха непосвященного. После изучения основных симптомов он приступил к торжественной медицинской части: оказалось, что болезнь связана с препятствием потоотделения. Для восстановления потоотделения Санградо призвал своего хирурга, чтобы удалить пациенту шесть мисок крови посредством кровопускания. После этого он сказал хирургу: «Господин Мартин Онез, получите столько же крови через три часа и повторите манипуляцию завтра. Распространенная ошибка считать, что кровь имеет какое-либо значение для организма: чем быстрее мы ее удалим, тем лучше». Меньше чем за два дня хирург провел кровопускание еще дважды, и бедный старик испустил дух под скальпелем. Как только пациент умер, появился доктор, который выглядел несколько растерянно перед смертным ложем. Покидая комнату, Санградо уверил меня, что смерть была вызвана опозданием проведения кровопускания». Таковы были представления врачей того времени о сущности различных заболеваний и способах воздействия на патологические процессы.

Обсуждая характер болезни и причины смерти В.А. Моцарта, страдавшего с наибольшей вероятностью ревматической лихорадкой, нельзя не коснуться вопросов его лечения, которое, конечно же, определялось уровнем знаний и представлениями врачей того времени [6]. Свояченица композитора, Софи Хайбель, считала, что «Моцарта недостаточно целенаправленно лечили от его болезни. Вместо того, чтобы другим путем избавиться от сыпи (по-видимому, имеется в виду упоминавшаяся в заключении о смерти «просовидная сыпь»), ему пускали кровь и ставили холодные примочки на лоб». Лечение Моцарта, без сомнений, было «овеяно ятрогенной аурой», а с современных позиций, выглядело просто убийственным. По оценке швейцарского врача Бэра, Моцарт потерял в результате кровопусканий не менее двух литров крови на протяжении относительно короткого периода. Естественно, что в условиях предполагаемого воспалительного поражения миокарда и эндокарда такой объем кровопотери не мог не оказать негативного влияния на состояние сердечной мышцы у композитора и не усугубить сердечную недостаточность. На вероятный «вклад» злосчастных кровопусканий в роковой исход заболевания указывает автор биографии Моцарта Ниссен: «В последний вечер его жизни, пришедший доктор Клоссет сделал ему кровопускание ... после чего его силы заметно ослабли, он потерял сознание и больше не приходил в себя».

Однако таковы были взгляды на лечение ряда заболеваний, в том числе и ревматической лихорадки в конце XVIII начале XIX века. Примечательно, что один из врачей композитора, доктор Заллаба, в обосновании назначения кровопусканий больному ревматической лихорадкой писал: «В данном случае особо необходимо кровопускание и больше, чем при простом воспалении. Нет никакой другой болезни, которая так легко переносила бы кровопускания».

Анализ лечения Н.В. Гоголя позволяет заключить, что наблюдавшие его врачи добросовестно заблуждались, поставив неверный диагноз и назначив неадекватное лечение, усугубившее его тяжелое состояние. Особенно негативное влияние на состояние больного, в частности на сердечно-сосудистую систему, оказали кровопускания, которые врачи пытались даже усилить, приставляя к носу пациента дополнительное количество пиявок. Врач-психиатр Н. Баженов в своей работе «Болезнь и смерть Гоголя» [7] утверждал, что причиной смерти Гоголя было неправильное лечение. Тщательно проанализировав симптомы, описанные в воспоминаниях знакомых писателя и лечивших его врачей, Баженов пришел к выводу, что писателя погубило именно это неправильное, ослабляющее лечение его от менингита, которого на самом деле не было. Вот что писал в этой связи Н. Баженов: «По всей вероятности, его общее питание и силы были надорваны перенесенной им в Италии (едва ли не осенью 1845 г.) малярией. Он скончался в течение приступа периодической меланхолии от истощения и острого малокровия мозга, обусловленного как самою формою болезни, — сопровождавшим ее голоданием и связанным с нею быстрым упадком питания и сил, — так и неправильным ослабляющим лечением, в особенности кровопусканием».

В XIX веке многие французские врачи оказались приверженцами пропагандируемого профессором Франсуа Бруссе кровопусканий в больших количествах при самых различных заболеваниях. Подобное направление, получившее название «бруссеизм», оказало сильное влияние на медицинское образование и терапевтические подходы того времени. Авторитет Бруссе и его популярность в обществе были настолько непререкаемы, что он стал прототипом одного из литературных героев Оноре де Бальзака. В романе «Шагренева кожа» внешний облик одного из трех докторов, участвующих в консилиуме у постели больного Рафаэля, списан с профессора Бруссе и носит созвучную фамилию Бриссе. Вот и Рафаэлю «... в результате консилиума доктора единогласно признают необходимым немедленно поставить на живот пиявки и приступить к лечению как физической, так и духовной сферы...». Однако рекомендованные Ф. Бруссе кровопускания не всегда приводили к ожидаемым эффектам, а для многих больных оказывались фатальными. О Бруссе говорили, что он пролил больше французской крови, чем Бонапарт.

Клинической иллюстрацией ятрогении может служить история болезни писателя М.А. Булгакова, подробно проанализированная на страницах журнала «Клиническая нефрология» [8]. Как известно Михаил Булгаков скончался в 1940 году, в возрасте 48 лет от хронической почечной недостаточности, среди причин которой обсуждается гипотеза лекарственной (аналгетической) нефропатии. Есть основания высказать предположение о хроническом интерстициальном нефрите лекарственного происхождения. Известно, что М.А. Булгаков страдал головными болями, по поводу которых на протяжении длительного времени принимал по назначению врачей анальгетики, имеющиеся в распоряжении врачей того времени. В одном из писем жена писателя, Е.С. Булгакова сообщает: «...единственное, что его мучило часто — это были головные боли, но он спасался от них тройчаткой — кофеин, фенацетин, пирамидон. Но осенью 1939 года болезнь внезапно свалила его, он ощутил резкую потерю зрения (это было в Ленинграде, куда мы поехали отдыхать)...». В архиве, собранном Е.С. Булгаковой, имеется целая серия рецептов, документально свидетельствующих о назначении писателю лекарственных препаратов (аспирин, пирамидон, фенацетин, кодеин, кофеин), о чем в рецептурной сигнатуре так и было обозначено — «при головных болях». Эти рецепты выписывались с завидной регулярностью лечащим врачом писателя, прибегавшим к тому же ко всяческим ухищрениям для «бесперебойного» обеспечения несчастного пациента этими препаратами. Подтверждением может служить одна из его записок к жене писателя: «Глубокоуваж. Елена Сергеевна. Выписываю аспирин, кофеин и кодеин не вместе, а порознь для того, чтобы аптека не задержала выдачу приготовлением. Дадите М.А. таблетку аспирина, таб. кофеина и таб. кодеина. Ложусь я поздно. Позвоните мне. Захаров 26.04.39». Длительное употребление анальгетических препаратов еще задолго до появления симптомов заболевания почек дает основание предполагать возможную их роль в развитии почечной патологии у писателя. Действительно, если предположить, что постоянные головные боли писателя были проявлением невротического расстройства, которое подтверждалось многими врачами, то назначаемые в связи с этим анальгетические препараты (по документальным данным с 1933 года) могли сыграть роковую роль с точки зрения развития у пациента хронического интерстициального нефрита лекарственного происхождения. Именно при длительном регулярном приеме ненаркотических анальгетиков (фенацетин, аспирин, амидопирин и др.) наиболее часто развивается хронический интерстициальный нефрит, протекающий нередко с некрозом почечных сосочков (аналгетическая нефропатия). Основным нефротоксическим препаратом вначале считался фенацетин, что даже дало повод для выделения отдельной формы нефропатий — фенацетинового нефрита. В дальнейшем оказалось, что интерстициальный нефрит может вызываться не только фена-

цетином, но и другими анальгетиками, а также кофеином и кодеином, которые, к тому же, могут вызывать психологическую зависимость. К сожалению, потенциальная нефротоксичность фенацетина и других анальгетиков, скорее всего, не была хорошо известна врачам, назначавшим писателю эти препараты, поскольку первое описание фенацетинового нефрита было опубликовано лишь в 1953 году О. Spuhler и Н. Zollinger. Более того, если бы врачам было известно о наличии у Булгакова гипертонической нефропатии, то вряд ли эти препараты выписывались с такой легкостью и без малейшей тени сомнений в их потенциальной нефротоксичности. Таким образом, история болезни М.А. Булгакова может являться одним из клинических примеров лекарственной нефропатии, а сам писатель — жертвой ятрогении.

История медицины свидетельствует также о проведении хирургических операций, основанных на заблуждениях хирургов относительно природы ряда заболеваний и в сущности калечащих пациентов. Примечательно, что подобные операции проводились не во времена средневековья, а уже в XIX веке. Яркой иллюстрацией этого может служить «богатый клинический опыт» американского хирурга Роберта Бэтти (1828-1895), открывшего гинекологическую больницу в штате Джорджия, где развернулась его хирургическая деятельность по удалению яичников у женщин с различными заболеваниями, причиной которых Бэтти считал именно патологию яичников. Это было добросовестное заблуждение. Все началось с того, что хирург удалил яичники у женщины, страдавшей по современным представлениям, эндометриозом (болезненные кровоподтеки в разных частях тела во время менструации). Благополучный исход операции (несмотря на развитие перитонита) и исчезновение всех симптомов после операции способствовали укреплению авторитета и широкой известности Бэтти. Используемую им методику стали называть его именем. Постепенно он стал расширять показания к подобной операции — и начал удалять яичники при эпилепсии, менструальных болях, неврозах, различных сексуальных и даже психических расстройствах. Тот факт, что большинство удаленных яичников были нормальными, несколько не смущал хирурга. Ведь его авторитет и успех операций были веским аргументом оправданности и правильности хирургической тактики. И не столь важно, что несчастные стерилизованные женщины лишились возможности материнства.

Примечательна история болезни советского военного наркома Михаила Фрунзе, описанная В.Д. Тополянским в книге «Вожди в законе» [9] с подробным и скрупулезным анализом ситуации. М.В. Фрунзе был оперирован по поводу язвенной болезни желудка. Проблема возникла уже в процессе анестезии, когда больному, плохо засыпавшему после эфирного наркоза, был добавлен хлороформ, что значительно усугу-

било кардиотоксическое действие обоих анестетиков. Еще в самом начале XX века фармакологи и хирурги знали, что совместное использование эфира и хлороформа резко усиливает не только их наркотическое, но и токсическое действие, поэтому при комбинации данных препаратов их дозы уменьшали. Тем не менее, расход эфира и хлороформа в единицу времени у Фрунзе явно превосходил максимальные пределы, не говоря уже о факте самой комбинации наркотических средств. Как пишет В.Д. Тополянский, смерть при использовании хлороформа наступает вдвое чаще, чем при анестезии эфиром, и «жертвой хлороформного наркоза» нередко становятся «по странной игре судьбы люди во цвете лет и сил». Неблагоприятный исход обусловлен чаще всего неумением или невниманием анестезиолога и, в первую очередь, небрежным обращением с хлороформом, который льют на маску бесконтрольно, как безобидное вещество, так что расход препарата в начале наркоза превышает 1 г/мин. Так и случилось с советским наркомом.

По мере прогресса и развития медицинской науки, совершенствования диагностики, расширения арсенала лекарственных препаратов возрастала и опасность возникновения осложнений от диагностических исследований, хирургических операций и лечебных процедур. Парадоксально, но за очевидным прогрессом медицины скрывалась оборотная сторона, на что указывают появляющиеся в середине XX века публикации [10, 11]. А по выражению Х.Б. Вуори, мировая медицина подошла к такому рубежу, когда любое обращение к врачу несет не только благо, но и риск потери здоровья и даже жизни [12].

Что скрывается под термином ятрогения?

Термин ятрогения (от гр. *iatros* — врач + *genes* — порождающий — «болезни, порожденные врачом») был введен в медицинский лексикон немецким психиатром и неврологом Освальдом Бумке (рис. 2), консультировавшим в свое время (1923 год) В.И. Ленина. В статье «Врач, как причина душевных расстройств», опубликованной в 1925 году сообщалось о пациентке, у которой произошло резкое ухудшение состояния после беседы с врачом, допустившим, по мнению автора статьи, при общении с больной неосторожные и даже ошибочные высказывания, негативно повлиявшие на ее психику.

Появившийся термин ятрогения был определен как «психогенное расстройство вследствие негативного влияния на психику больного неосторожных высказываний и неправильного поведения врача». В работах более позднего периода определения понятия ятрогения толкуется более широко. Так, Большая медицинская энциклопедия (1977) трактует ятрогению как «...психогенные расстройства, возникающие как следствие деонтологических ошибок медицинских

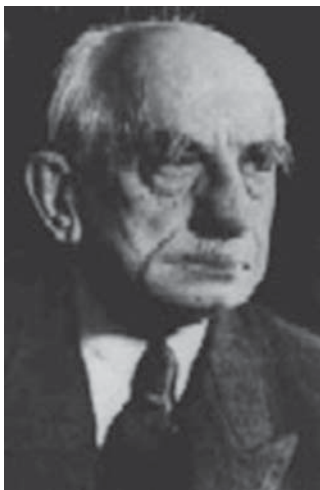


Рисунок 2. Освальд Бумке (1877–1950)

Figure 2. Bumke Oswald (1877-1950)

работников — неправильных, неосторожных высказываний или действий». Энциклопедический словарь медицинских терминов (1982) относит к ятрогениям «заболевания, обусловленные неосторожными высказываниями или поступками врача (или медперсонала), неблагоприятно воздействовавшими на психику больного». Большой энциклопедический словарь (1991) дает следующую характеристику ятрогенных заболеваний: «психогении, обусловленные неосторожными высказываниями или поведением медицинских работников, которые создают у человека представление о наличии у него какого-либо заболевания или об особой тяжести имеющейся у него болезни». Аналогичную трактовку дает Краткий словарь современных понятий и терминов (1994). Как видно, основной акцент в дефинициях ятрогении делался на негативном влиянии высказываний и поведении врача на психику больного.

Однако клиническая практика свидетельствовала о том, что неправильные (ошибочные) действия врача могут оказывать влияние не только на психику пациента, что нашло свое отражение в МКБ-8: «Ятрогения — различные осложнения от профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, развившихся в результате ошибочных действий врача». В более поздней версии МКБ (МКБ-9) определение ятрогении звучит в уже в следующей редакции: «Ятрогения — все неблагоприятные последствия врачебных действий, независимо от правильности или ошибочности этих действий». Согласно МКБ-10, «ятрогения — это любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидности или даже смерти; осложнения медицинских мероприятий, развивающиеся в результате как ошибочных, так и правильных действий врача». Диапазон ятрогенных событий весьма широк для

их места в соответствующих дефинициях: от психогенных расстройств, возникающих вследствие деонтологических ошибок медицинских работников (неправильные, неосторожные высказывания или действия) до любых неблагоприятных проявлений в результате влияния любого «медицинского фактора» вплоть до падения в поликлинике при повторном визите, назначенном врачом.

В МКБ 10 пересмотра представлены патологические процессы, которые по своей сути являются ятрогениями (блок Y 40-84, входящий в XX класс — внешние причины заболеваемости и смертности). Если под ятрогенией следует понимать негативные последствия диагностических, лечебных, профилактических мероприятий, назначаемых врачом, т.е. являющихся результатом взаимодействия пациента с врачом, то самостоятельные действия пациента и воздействия немедицинского характера (самостоятельный прием лекарственных препаратов, включая передозировку, использование медицинской техники и др.) не относятся к ятрогениям. В настоящее время ятрогения становятся проблемой глобального масштаба в связи с огромным числом людей, получающих лечение и испытывающих сопутствующий побочный эффект. Компьютеризированная медицинская исследовательская база данных Национальной Медицинской Библиотеки США (MEDLINE) включает более 7 000 статей, отчетов и научных публикаций, начиная с 1966 г., в которых сообщается о значительном количестве пациентов, страдающих заболеваниями, вызванными лекарственными препаратами.

Понятие «ятрогения» является частью более широкого и собирательного термина — неблагоприятные последствия лечения (НПЛ). Анализ проблемы безопасности медицинской помощи привел к признанию факта широкого распространения в практике здравоохранения различных НПЛ, которые наблюдаются, по крайней мере, у 16 % больных многопрофильных стационаров. Существуют большие различия в терминологии НПЛ, имеющие неоднозначное толкование и обозначаемые различными понятиями. Такими базовыми понятиями в практике американского и британского здравоохранения, не имеющими аналогов в России, являются следующие [14]:

- *Неблагоприятные последствия лечения* (Adverse event — AE) включают различные осложнения, возникающие при проведении диагностических процедур (пневмоторакс после катетеризации подключичной вены, перфорации при эзофагогастроскопии), введения лекарственных препаратов (анафилактический шок после введения пенициллина), у длительно иммобилизованных больных (флеботромбозы с развитием ТЭЛА, пневмонии)
- *Побочный эффект* (Advers reaction — AR; Side effect — SE) — неблагоприятное последствие диагностической процедуры или фармакотерапии, выполненных в соответствии с существующими

стандартами, но приведших к осложнениям и ущербу для здоровья. Клиническими иллюстрациями таких побочных эффектов могут быть реакции на введение контрастных йодсодержащих препаратов, возникновение бронхоспазма при назначении β -блокаторов, развитие легочного фиброза на фоне лечения амиодароном и др.

- *Врачебная ошибка* (Medical error — ME) определяется как добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве медицинской науки и ее методов, атипичного течения заболеваний, недостаточной компетентности врача (при исключении элементов халатности, невнимательности или медицинского невежества). Типичными примерами врачебных ошибок могут быть неправильный диагноз, ошибки в выборе лекарственного препарата и фармакотерапии, полипрагмазия с развитием нарушений вследствие нежелательных лекарственных взаимодействий, хирургическое вмешательство без должных показаний и т.д.

Все вышеуказанные понятия могут быть объединены термином «ятрогенное событие», обозначающее любые неблагоприятные для больного последствия в результате взаимодействия его с врачом. Ятрогенные события могут возникать уже с самого начала беседы врача с больным и сохранять потенциальный риск развития на протяжении всего лечебно-диагностического процесса, включая различные осложнения (диагностические, лекарственные, послеоперационные и др.)

Основными причинами распространенности ятрогений следует считать следующие:

- возрастающая частота контактов населения с врачами (самостоятельные обращения, направления к различным специалистам, профилактические мероприятия и др.);
- широкие возможности диагностических исследований, в том числе инвазивных, таящих в себе риск потенциальных осложнений (диагностические ятрогении);
- постоянно расширяющийся арсенал лекарственных препаратов, являющихся наиболее частой причиной ятрогенных событий (лекарственные ятрогении);
- внедрение в клиническую практику имплантационных технологий (суставные протезы, искусственные клапаны сердца и водители ритма, сосудистые биопротезы, кава-фильтры и др.) с риском возникновения различных осложнений (имплантационные ятрогении);
- увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста, наиболее уязвимого в отношении ятрогенной контингента, с наличием полиморбидности и ее последствиями (более частые контакты с узкими специалистами, увеличение количества дополнительных диагностических исследований, вынужденная полипрагмазия и др.);

- недостаточная компетентность врачей в вопросах ятрогенной патологии (низкий уровень преддипломной и постдипломной подготовки, отсутствие анализа частоты и причин ятрогенных событий).

Указанные факторы риска развития ятрогенных событий приобретают определенное значение для распространения различных видов ятрогений, однако каждая из них имеет свою специфику. Но об этом в следующих сообщениях.

Ⓐ

Список литературы/References:

1. Hooker W. Physician and Patient. New York: Baker and Scribner. 1847; 219 p.
2. Herranz G. The origin of primum non nocere. British Medical Journal electronic responses and commentary. 1 September 2002.
3. Personal views. Why the Hippocratic ideals are dead. BMJ. 2002; 324: 1463.
4. Smith C.M. Origin and Uses of Primum Non Nocere — Above All, Do No Harm! The Journal of Clinical Pharmacology. 2005; 45(4): 371–377.
5. Inman Thomas. The Foundation for a new Theory and Practice of Medicine. 1860; 2nd edition, 1861.
6. Дворецкий Л.И. Еще раз о Моцарте и Сальери. Музыка и медицина. Размышления врача о музыке и музыкантах. МЕДпресс-информ. 2014; 165-188.
Dvoretzky L.I. Once again about Mozart and Salieri. Music and medicine. Doctor thinking about music and musicians. MEDpress. 2014; 165-188 [in Russian].
7. Баженов Н.Н. Болезнь и смерть Гоголя. М. 1902: 28.
Bazhenov N.N. Disease and death of Gogol. M. 1902: 28 p. [in Russian].
8. Дворецкий Л.И. Болезнь и смерть Мастера. Клиническая нефрология 2010; 4: 59-68
Dvoretzky L.I. Disease and death of the Master. Clinical Nephrology. 2010; 4: 59-68 [in Russian].
9. Тополянский В.Д. Вожди в законе: очерки физиологии власти. М.: Права человека, 1996: 352.
Topolyansky V.D. Leaders in the Law: Essays on the physiology of the authorities. M.: Human Rights. 1996: 352 p. [in Russian].
10. Barr D. Hazards of modern diagnosis and therapy—the price we pay. Journal of American Medical Association. 1956; 159: 1452-1456.
11. Moser R.H. Diseases of medical progress. N. Engl. J. Med. 1956; 255: 606–614
12. Вуори Х.Б. Обеспечение качества медицинского обслуживания. Копенгаген. 1985: 180.
Vuori H.B. Ensuring the quality of care. Copenhagen. 1985: 180 p. [in Russian].
13. Верткин А.Л., Зайратянц О.В., Вовк Е.И. Окончательный диагноз. М.: Издательская группа «Гэотар-Медиа». 2009: 301-349.
Vertkin A.L., Zayratyants O.V., Vovk E.I. The final diagnosis. M.: Publishing Group «GEOTAR-Media». 2009: 301-349 [in Russian].

*Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов/
The authors state that this work, its theme, subject and content do not affect competing interests*

Статья получена/article received 21.12.2016 г.