

УДК616-02:614.253.81]-091

Ю.В. Каминский, В.С. Тимошенко

## ЯТРОГЕНИИ: КЛАССИФИКАЦИЯ, КАТЕГОРИИ, РУБРИФИКАЦИЯ

Владивостокский государственный медицинский университет,  
Приморский институт региональной патологии  
(г. Владивосток)

*Ключевые слова: ятрогения, диагноз, систематизация, роль в танатогенезе.*

На современном этапе, когда агрессивность терапии часто превосходит тяжесть течения болезни, проблема ятрогений вышла на новый виток развития. Согласно Международной классификации болезней, любой патологический процесс, возникший в результате медицинского мероприятия, является ятрогенией [8]. С целью унификации учета, сопоставлений и задач статистического анализа предложено классифицировать ятрогении по причинному признаку: медикаментозные, инструментально-диагностические, хирургические, наркозно-анестезиологические, трансфузионно-инфузионные, септические, профилактические, информационные и др. [10]. Предлагается включать в число ятрогений и некоторые случаи расхождений прижизненного и посмертного диагнозов, а также случаи поздней диагностики, если они повлияли на исход заболевания [6].

Значительную долю ятрогенной патологии составляют побочные эффекты лекарственной терапии, которые регистрируются у 10–20% госпитальных больных. По определению Всемирной организации здравоохранения к побочным эффектам здесь относится «любая реакция на лекарства, вредная и нежелательная для организма, которая возникает при его использовании для лечения, диагностики и профилактики заболевания». По патогенезу побочные действия лекарственных препаратов разделяют на следующие группы:

1. Сопутствующие нежелательные фармакологические действия;
2. Токсические действия;
3. Аллергические реакции;
4. Лекарственная зависимость.

Лекарственные средства могут индуцировать резистентность к проводимой терапии, способствовать возникновению суперинфекции, а также провоцировать возникновение нового заболевания. Накоплены данные, свидетельствующие о высокой гепато- и нефротоксичности многих препаратов, известна энцефало- и нейротоксичность ряда лекарственных средств [7]. В последние годы установлена остео- и миелотоксичность некоторых антибиотиков и психотропных препаратов, применение которых сопро-

вождается развитием агранулоцитоза и апластической анемии [12].

Особое положение ятрогения приобретает как факт нанесения вреда больному с точки зрения возможного судебного иска к медицинским учреждениям. Сегодня в условиях действия закона «О защите прав потребителей» и развития медицинского страхования медицинские ошибки и ятрогении требуют более тщательной верификации. В связи с этим важно уметь определять квалификационный и категорийный статус ятрогенных процессов, а также устанавливать их количественные и качественные характеристики, что требует четкой систематизации ятрогений не только по категориям и причинам, но и по особенностям развития. В связи с этим необходимо точно определить место данной патологии в диагнозе, но и обеспечить ее кодирование для статистического анализа.

Существующие методические установки [1, 13, 14] рекомендуют выставлять ятрогению в качестве основного заболевания при наличии дефектов в проведении медицинских манипуляций, а также при оказании медицинской помощи по поводу ошибочного диагноза или при косметических операциях. Ятрогенные процессы классифицируются как осложнения основного заболевания, если лечебные мероприятия признаются правильными и обоснованными. В то же время ряд ятрогений всегда выносятся в диагнозе в рубрику основного заболевания: смертельные осложнения диагностических мероприятий и вакцинации, дисбактериоз и суперинфекция, анафилактический шок и другие аллергические реакции, послужившие причиной смерти, смерть от наркоза и т.д.

Эти позиции и их оценка доступно разъяснены в методическом пособии В.В. Некачалова [10] в виде деления ятрогений на категории.

Ятрогении I категории — патологические процессы и реакции, патогенетически не связанные с основным заболеванием или его осложнениями и не играющие существенной роли в танатогенезе.

Ятрогении II категории — патологические процессы, реакции и осложнения, обусловленные медицинскими воздействиями, выполненными правильно и по обоснованным показаниям. Ятрогении этой категории не имеют прямой патогенетической связи с основным заболеванием или его осложнениями и не всегда могут быть четко отграничены от осложнений, связанных с индивидуальными особенностями и состоянием пациента.

Ятрогении III категории — патологические процессы, обусловленные неадекватными, ошибочными или неправильными медицинскими воздействиями, явившиеся причиной смерти. Они оцениваются в диагнозе как первоначальная причина смерти (основное заболевание).

С точки зрения медико-страховой оценки предлагается все ятрогенные ситуации классифицировать

по трем вариантам: несчастный случай, реализованный риск, медицинская ошибка. Последнюю, в свою очередь, предлагается рассматривать как заблуждение, упущение, небрежность. При этом нельзя отождествлять понятия «ятрогения» и «врачебная ошибка», поскольку первая часто является запрограммированным элементом медицинского вмешательства. Однако, когда причиной ятрогении являются неосторожные или неправильные действия медицинского персонала, она трактуется как медицинская ошибка [2, 3].

Согласно данным зарубежной литературы, на долю ятрогений приходится до 10% госпитальной летальности, а их общая частота достигает 20%. В отечественной литературе до последнего времени широкого анализа ятрогений не проводилось. Их доля в качестве основных заболеваний по материалам патолого-анатомических вскрытий в России за последние 5 лет составила менее 1%. По данным департамента здравоохранения Москвы такие процессы регистрировались в среднем с частотой 0,56%, а в Санкт-Петербурге — 0,24% [4]. Общая частота встречаемости ятрогений в валовом секционном материале также невелика. В Москве за 2000—2004 гг. она составила 2,9%, а в среднем по России — 1,4% [4, 9]. Эти данные противоречат мировой статистике. Специальные исследования показали, что общее число ятрогений в лечебных учреждениях составляет 25–45% [11, 15].

Следует заметить, что значительное количество ятрогенных процессов находится за пределами диагностических возможностей патолого-анатомической службы. К таковым можно отнести нарушения осмолярности крови медикаментозного генеза, ятрогенные микроэлементозы и др. Необходимо отметить еще одну трудность в распознавании побочных эффектов лекарственной терапии — отсроченность (иногда значительную) их развития. Например, сюда можно отнести эмбрио- и ототоксическое действия стрептомицина, а также кардиотоксическое действие рубомицина, реализующееся, по мнению ряда авторов, в последующем дилатационной кардиомиопатией.

Нами при аутопсиях, проводимых во взрослом отделе Приморского института региональной патологии, учитывались только ятрогении, имевшие значение в танатогенезе и не вызывающие сомнений в их патогенетической значимости (II и III категории) [5]. Сюда относились заражение анаэробной инфекцией в хирургическом отделении, перевязка яичниковой артерии при удалении маточной трубы с последующей самоампутацией яичника, сквозной прокол обеих стенок желудка при установке дренажа в брюшинное пространство, инфицирование спинно-мозгового канала при перидуральной анестезии, смертельная гипергидратация (синдром массивных трансфузий) во время операции кесарева сечения, анафилактический шок на такие «инерт-

ные» препараты, как аминокaproновая и глютаминовая кислоты и др.

За 2001—2005 гг. встречаемость ятрогений в валовом секционном материале Приморского института региональной патологии превысила и средние цифры по России, и показатели патолого-анатомической службы г. Москвы. Так, по результатам 1964 аутопсий ятрогении были зарегистрированы в 67 случаях (3,4%). При этом в 0,9% наблюдений данная патология рассматривалась в качестве основной причины смерти. В целом же по Приморскому краю (включая и Владивосток) частота ятрогений в валовом секционном материале составила 0,3%. Такой диссонанс, по-видимому, в значительной мере обусловлен недостаточным вниманием патологоанатомов к проблеме осложнений медицинских вмешательств и их роли в танатогенезе. Вероятно, для получения достоверной информации Федеральному организационно-методическому центру патолого-анатомических исследований следует подготовить информационное письмо об упорядочении учета ятрогений при аутопсиях исследованиях. Естественно, что медико-экспертная оценка данной патологии невозможна без унифицированных и объективных критериев анализа и общности понимания терминов.

С нашей точки зрения, с целью систематизации и правильной оценки ятрогений по категориям и их медико-страховой квалификации необходима комплексная характеристика по нескольким позициям.

По механизму действия можно выделить прямые (медицинская травма), опосредованные (лекарственная болезнь) и комбинированные ятрогении. По времени реализации ятрогении можно разделить на одномоментные, пролонгированные (реализовавшиеся в течение двух месяцев) и отдаленные (реализовавшиеся после двух месяцев от момента вмешательства). По патогенезу следует выделить реализовавшиеся, усугубляющие (течение другой болезни) и инертные (не сыгравшие существенной роли в танатогенезе) ятрогении. Указанные классификационные категории можно проиллюстрировать следующими примерами.

1. Удаление фрагмента тонкой кишки с целью похудения у женщины 40 лет. Смерть через 5 лет от алиментарной кахексии. (Прямая отдаленная реализовавшаяся ятрогения, медицинская ошибка, III категория.)

2. Выраженная лейкопения с агранулоцитозом у мужчины 58 лет, длительное время принимавшего психотропные препараты. Смерть от гнойного парапроктита, осложнившегося сепсисом. (Опосредованная отдаленная усугубляющая ятрогения, реализованный риск, II категория.)

3. Неконтролируемый прием фуросемида с целью снижения веса женщиной 26 лет с развитием тетрапареза и гипокалиемического паралича сердца. (Прямая одномоментная реализовавшаяся ятрогения, самолечение, III категория.)

4. Нагноившийся пролежень легкого в области стояния плеврального дренажа и сепсис на фоне иммунодефицита, индуцированного химиотерапией по поводу ошибочно диагностированного рака легкого у женщины 47 лет. (Комбинированная — прямая и опосредованная — пролонгированная реализовавшаяся ятрогения, медицинская ошибка, III категория.)

Рубрификация собственного материала про профиллю ятрогений выглядела следующим образом. Наиболее часто (38%) регистрировались хирургические ятрогении (половина из них — осложнения канюлирования сосудов, которые, по нашему мнению, целесообразно выделить в отдельную группу). Второе место заняли медикаментозные ятрогении — 23,8%. Среди последних — системный кандидоз после длительного лечения антибиотиками и гормонами, геморрагический синдром после введения гепарина, сосудистый коллапс в результате неадекватной терапии гипертонического криза, эрозивно-язвенный гастрит с кровотечением на фоне самолечения салицилатами. На третьем месте — 12% — оказались инструментально-диагностические ятрогенные осложнения. Здесь можно, например, упомянуть прокол сердца при диагностической пункции грудины. Инфекционно-септические процессы (постинфекционные флегмоны и сепсисы) составили 10,4% ятрогений.

Ятрогенные осложнения, связанные с техническими средствами, составили 4,4% случаев. К последним относились фибринозно-гнойный трахеит после интубации, грибковое обсеменение легких во время искусственной вентиляции, гнойный менингит после перидуральной анестезии. Следует упомянуть и «ятрогении нелечения» при расхождениях диагнозов по III категории (недиагностированные и нелеченные туберкулез, перитонит и пр.).

Некоторые ятрогении трудно отнести к какой-нибудь определенной группе — например, кластридальный цистит после установки катетера, грибковое обсеменение брюшины через дренажную трубку, остановка сердца во время задней тампонады при носовом кровотечении.

К первой категории по классификации В.В. Некачалова отнесены 19% ятрогений, ко второй категории — 60% и к третьей — 21%. Анализ собственного материала в динамике показал рост числа прежде всего лекарственных ятрогений, что соответствует и данным клинических наблюдений [7, 12]. Тревогу вызывают факты увеличения числа осложнений, обусловленных повторным использованием разового инструментария, нарушением правил асептики. Чаще регистрируются случаи внутрибольничного инфицирования через аппараты искусственной вентиляции легких, катетеры и дренажи. И вряд ли возможно объяснить подобные ситуации финансовыми трудностями и нехваткой оборудования. Следует помнить и о возможной юридической ответственности за нанесенный вред здоровью, и о том, что

при всех трудностях фундаментальный постулат «не навреди!» должен оставаться аксиомой для любого врача и в XXI веке.

#### Литература

1. Автандилов Г. Г. // *Архив патологии*. — 1998. — № 1. — С. 56-59.
2. Беликов Е.С. // *Архив патологии*. — 1998. — № 4. — С. 50-51.
3. Горобий В.Д. // *Архив патологии*. — 2006. — № 1. — С. 52-54.
4. Зайратьянц О.В., Полянко Н.И. // *Тр. II съезда Российского об-ва патологоанатомов*. — М., 2006. — Т. 2. — С. 253-256.
5. Каминский Ю.В. *Патолого-анатомическая служба в азиатско-тихоокеанском регионе*. — Владивосток : Медицина ДВ, 2004.
6. Каминский Ю.В., Непрокина И.В. // *Тихоокеанский мед. журн.* - 2002. - № 3. - С. 18-21.
7. Лозинский Е.Ю., Шмыкова И.И., Лозинская Е.В., Елисеєва Е.В. // *Тихоокеанский мед. журн.* — 2005. — №2.-С. 5-10.
8. *Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем : десятый пересмотр*. — Женева, 1995.
9. Мишнев О.Д., Трусов О.А., Кравченко Э.В., Щеголев А.И. // *Тр. II съезда Российского об-ва патологоанатомов*. - М., 2006. -Т. 2.- С. 281-284.
10. Некачалов В.В. *Ятрогении*. - СПб., 1998.
11. Непрокина И.В. // *10-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания : тез. докл.* — СПб., 2000. — С. 102.
12. Постников С. // *Мед. газета*. — 2006. — № 88.
13. *Правила оформления медицинской документации патолого-анатомического отделения (секционный раздел работы) : методические рекомендации*. — М., 1987.
14. Смольянный А.В., Хмельницкий О.К., Петленко В. П. *Теоретические основы морфологического диагноза*. - СПб.: МАПО, 1995.
15. Тимошенко В.С. // *10-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания: тезисы докладов*. — СПб., 2000. — С. 104-105.

Поступила в редакцию 28.11.2006.

#### IATROGENIAS: CLASSIFICATION, CATEGORIES, RUBRICATING

*Yu. V. Kaminsky, V. S. Timoshenko  
Vladivostok State Medical University, Primorsky Institute  
of Regional Pathology (Vladivostok)*

*Summary* — The modern state of classification of the iatrogenias and their place in lifetime and posthumous diagnoses is considered. On the basis of the data of the literature and own material the conclusion about inadequate diagnostics of the iatrogenic pathology in the Medical Institutions of the Russian Federation is done. Modern classification of complications of medical, diagnostic and preventive manipulations is resulted. It is judged the necessity of development of uniform federal criteria of diagnostics and iatrogenic rubricating.

*Pacific Medical Journal, 2007, No. 1, p. 12—14.*