

М.М. Зарецкий, к.м.н., Н.М. Черникова, к.м.н., О.В. Лысенко, Луганский государственный медицинский университет, Луганская городская клиническая больница № 2, Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

# Лекарственная и инструментальная агрессия в практике врача

**Принципы рациональной фармакотерапии предполагают оптимальное соотношение количества вводимых в организм препаратов, а также их безопасность для пациента и минимальный риск развития нежелательных эффектов.**

**Нерациональное использование лекарственных средств и методов медицинского обследования может стать причиной лекарственной и инструментальной агрессии по отношению к больному.**

Еще в трудах отца медицины Гиппократ встречается термин «полипрагмазия» и его толкование. В переводе с греческого «поли» означает «много», а «прагма» — «предмет, вещь». Сегодня в медицине этим термином определяют одновременное, нередко необоснованное назначение пациенту нескольких лекарственных средств.

Проблему полипрагмазии изучал лауреат Нобелевской премии И.П. Павлов. В свое время, будучи заведующим кафедрой фармакологии Военно-медицинской академии, он писал: «...когда я вижу рецепт, содержащий пропись трех и более лекарств, я думаю: какая темная сила заключена в нем».

Бурное развитие фармацевтического рынка привело к тому, что уже в 2004 г. в Российской Федерации было разрешено для употребления около 15 тыс. наименований лекарственных средств (ЛС), тогда как 10 лет тому назад их было не более 4 тыс. Украина в этом плане не является исключением: по состоянию на 1.01.2008 г. в стране было зарегистрировано около 22 тыс. ЛС зарубежных и отечественных производителей.

В США ежегодно госпитализируется от 3,5 до 8,8 млн больных; 100–200 тыс. пациентов умирают вследствие лекарственной агрессии (ЛА). В Украине ситуация значительно лучше, что объясняется низким уровнем доходов населения: иногда больные не могут купить самые необходимые лекарства, не говоря уже о лишних медикаментах.

В учебнике «Лекарственные средства. Пособие по фармакотерапии для врачей» М.Д. Машковского указано, что любому человеку с любой патологией больше, чем три препарата, одновременно назначать нельзя. Отмечено, что существует зависимость между назначаемыми препаратами и нежелательными эффектами терапии. Одновременный прием 2 препаратов приводит к лекарственным взаимодействиям у 6% больных, 5 — увеличивает частоту возникновения лекарственных взаимодействий до 50%; при одновременном приеме 10 препаратов риск ЛА достигает 100%.

Сегодня информационная и коммерческая доступность ЛС делает возможным их бесконтрольное применение, что сопоставимо с техногенными катастрофами, угрожающими здоровью и жизни человека. Прежде всего это касается наиболее часто употребляемых препаратов — ненаркотических анальгетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), мочегонных, а также «безвредных» фитопрепаратов и биодобавок. В середине прошлого столетия выдающийся интернист Е.М. Тареев назвал злоупотребление лекарствами «неизбежной частью нашей экологии», предсказав появление нового раздела внутренних болезней — лекарственной ятрогении.

Б.Е. Вотчал в своей знаменитой книге «Очерки клинической фармакологии» предупреждал: «Лечить лекарствами нужно тогда, когда нельзя не лечить». Особенно остро автора волновал вопрос о дозировке, когда речь шла о новом лекарственном средстве, в применении которого еще не накоплен достаточный опыт.

Уместно будет вспомнить в этой связи слова знаменитого Уильяма Оскара: «Опытный врач отличается от неопытного только одним: опытный врач назначает одно лекарство от десяти болезней, а неопытный врач — десять лекарств от одной болезни».

К сожалению, ЛА как следствие полипрагмазии является общей проблемой и, по нашему мнению, отражает низкую квалификацию врача. Недостатком большинства докторов является то, что при назначении ЛС они пренебрегают сбором анамнеза и не всегда точно устанавливают, какие препараты больной принимает самостоятельно. Грешат в этом плане и сами больные, не считая нужным поставить в известность лечащего врача о принимаемых ими препаратах.

Современных медиков условно можно разделить на 2 категории: сторонников и противников полипрагмазии. Первые основываются на принципе: «Чем больше лекарств, тем эффективнее лечение». Другие же пытаются путем назначения минимального количества препаратов достичь максимальных результатов. Полипрагмазии, а значит ЛА, удается избежать сегодня разве что гомеопатам, которые в своей практике применяют, как правило, только один препарат.

Наиболее часто ЛА встречается среди врачей-терапевтов, особенно при ведении пожилых больных. Как бывает в жизни? Пациент поступает в отделение с полиорганной патологией, и каждый консультант, не заглянув в лист назначений, считает своим долгом назначить лечение, которое касается всего комплекса имеющихся у пациента нарушений. Фармакологическое вмешательство идет по нарастающей. В итоге за один прием больной получает массу таблеток, не считая инъекций и капельницы. В результате такой ЛА отрицательные последствия лечения более вероятны, чем желательные.

На практике такое сакраментальное «комплексное» этиопатогенетическое лечение выливается в устранение симптомов болезни ради облегчения состояния больного, некогда названное Б.Е. Вотчалом рефлексом «симптом—лекарство».

**Причины ЛА, как правило, могут быть связаны с нарушением комплаенса, невозможностью прочесть назначение врача в сигнатуре, невыполнением дозового режима и кратности приема медикаментов.**

Интересно, что сами врачи не отрицают наличие ЛА в связи с полипрагмазией и считают, что с данным явлением надо бороться, но при этом не предлагают радикальных мер, и тому есть очень веская причина. В последние годы медицина попала в прочную зависимость от фармации и имеет свой «теневой бизнес» (на уровне чиновников здравоохранения и так называемых opinion leader'ов — «профессоров-авторитетов»). Кто хоть раз побывал на тендерах по закупке лекарств, может рассказать о привлекательных и незаконных сделках, которые криминализируют этот процесс и должны быть прерогативой следственных органов.

Коммерциализация в системе «бесплатного» здравоохранения привела к получению врачами гонораров в конверте в виде «отката» за назначение пациентам дорогостоящих препаратов и в большом количестве, что в итоге приводит к ЛА.

Причиной возникновения ЛА может быть назначение лекарств с разными названиями, но одинаковым механизмом действия. И вот что говорил академик В.В. Фролькис по этому поводу: «Я знаю десятки случаев, когда довольно известные клиницисты назначали два практически одинаковых препарата

с разными названиями, но с идентичным механизмом действия. Это, конечно, недопустимо».

Необоснованный прием препаратов в количестве более 5 может привести к печальному, а иногда и трагическим результатам. В стационарных условиях для лечения больных широко используются парентеральные формы ЛС. В отделениях терапевтического и хирургического профиля их назначение составляет в среднем 60–80%, а в отделениях и палатах интенсивной терапии доходит до 100%. Частота назначения комбинированной терапии достигает 45%, причем почти в 30% случаев назначают препараты, которые не совместимы. Проблема заключается еще и в том, что инъекционная и инфузионная терапия назначается, как правило, лечащим врачом без участия фармакологов и провизоров, имеющих специальную подготовку в области взаимодействия ЛС. К тому же в последнее время с целью сокращения времени манипуляции при инфузионной терапии модно вводить пациенту на несколько дней постоянный катетер, что создает угрозу возникновения флебитов и тромбозов.

**Следует отметить, что риск возникновения ЛА от принимаемых ЛС у пациентов пожилого возраста в 2–3 раза выше, чем у молодых людей. Такое же соотношение отмечается и в плане госпитализации в связи с побочными действиями ЛС.**

Но фармации выгодно не вылечивать, а лечить. В свое время Б.Е. Вотчал сказал: «Мы живем в век, когда хирургия становится все менее, а терапия все более опасной». Новые методы диагностики намного точнее прежних, однако не может не пугать, что многие инструментальные исследования с целью диагностики заболевания носят агрессивный характер. Такие методы обследования, как коронарография, зондирование полостей сердца, биопсия различных органов и тканей, можно вполне считать агрессивными — к ним следует прибегать лишь при наличии абсолютных показаний, когда есть полная уверенность, что получение дополнительной информации оправдывает травматичность. И конечно, нельзя проводить исследование, если оно опаснее, чем сама болезнь.

**Одним из методов борьбы с ЛА, по мнению большинства врачей, является внедрение страховой медицины. С принятием соответствующих стандартов в медицинской практике удастся избежать бесконтрольного назначения ЛС, поскольку каждый врач будет отвечать перед контролирующими органами за «лишние» назначения.**

К сожалению, врачи многих специальностей не задумываются о том, что каждое инвазивное инструментальное исследование представляет риск для больного. Безусловно, эти исследования уточняют диагноз, но кому нужна такая гарантия за несколько дней, а то и часов до возможного летального исхода? Трудно сказать, что мучает врача, может быть, расхождение между клиническим и патологоанатомическим диагнозами... Но разве такой «испуг» хоть в какой-то мере может оправдать лишние муки умирающего? Кроме того, необходимо понимать, «объективность» тестов не исключает возможности ошибок.

Надо отметить, что врачебный патернализм пока доминирует в медицине.

Для того чтобы в наш век лечиться, нужно иметь хорошее здоровье.

Е.М. Тареев

В практике врачей хирургического профиля превалирует назначение инструментальных методов обследования, которые носят инвазивный характер и проведение которых наносит больному психологическую травму. А ведь при назначении ЛС и методов обследования должно приниматься во внимание соотношение «польза/риск».

Для борьбы с медицинскими ошибками в 2004 г. под эгидой Всемирной организации здравоохранения был создан Всемирный совет безопасности пациентов (The World Alliance for Safety), цель которого — повышение безопасности лечения и обследования больных.

Формат статьи не позволяет привести многочисленные личные клинические наблюдения относительно различных вариантов ЛА и инструментальной агрессии (ИА) в практике врача. Приведем кратко 2 случая.

**Наблюдение 1.** Больная К. 63 лет; по поводу остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника и наличия болевого синдрома бесконтрольно принимала аналгин в инъекциях и таблетках, диклофенак в инъекциях и таблетках, комбинированный препарат метамизол натрия/питофенон/фенилпвериния бромид. В результате неконтролируемого лечения развились язвы полости рта, пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки и толстого кишечника, которые привели к кровотечению и развитию тяжелой анемии. Интенсивная терапия (переливание крови), прием анаболиков (ретаболила), иммуностимуляторов привели к исчезновению язв и нормализации состояния больной.

**Наблюдение 2.** Больная Р. 32 лет находилась в нефрологическом отделении по поводу заболелания почек; с целью дифференциальной диагностики была проведена пункционная биопсия левой почки. В результате пункции развилась массивная гематурия, которая продолжалась несколько дней и привела к возникновению постгеморрагической анемии. Проведение гемотрансфузий, применение гемостатиков способствовало прекращению гематурии, нормализации гематологических показателей, улучшению состояния больной.

**Эксперты ВОЗ составили список наиболее частых причин, которые могут привести к ЛА и ИА.**

1. Нерациональное использование лекарственных средств — полное или частичное несоответствие одобренным инструкциям по медицинскому применению лекарственного препарата.
  2. Неадекватная фармакотерапия как следствие неправильного диагноза.
  3. Игнорирование (неиспользование) адекватного диагностического оборудования.
  4. Неверная интерпретация результатов обследования.
  5. Отсутствие соответствующих лечебных мер после получения данных обследования больного, свидетельствующих об отклонении от нормы.
  6. Использование неисправного медицинского оборудования.
  7. Осложнения при переливании крови и кровезаменителей.
  8. Невыполнение других медицинских требований.
- Предупреждение этих действий может уменьшить риск ЛА и ИА.