

ЯТРОГЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Шмаков А. П., Питкевич А. Э., Зуев Н. Н., Кузьменко Т. В.,
Литвяков М. А.

УО «Витебский государственный ордена
Дружбы народов медицинский университет»
УЗ «Витебский областной детский клинический центр»,
г. Витебск. Республика Беларусь

Введение. Возникновение в человеческом социуме врачевания породило также ряд новых опасностей для здоровья и жизни людей, осознание которых отразилось в сформированном около двух тысяч лет назад принципа «Не навреди».

Цель: изучить и провести анализ ятрогенных осложнений, встретившихся в нашей практике, возникших как в клинике детской хирургии УО «Витебский государственный медицинский университет» (ВГМУ), так и в других отделениях и лечебных учреждениях Витебской области.

Материал и методы. Изучена медицинская документация УЗ «Витебский областной клинический центр» (ВОДКЦ), а в ряде случаев и других медицинских организаций города и области. За 36 лет у нас лечились 334 ребенка с ятрогенными заболеваниями и осложнениями, возникшими как в отделениях ВОДКЦ (133 случая), так и других медицинских учреждений (201 случай). Новорожденных было 163 (недоношенных 47,1%), до 1 года – 14, 1-3 года – 112, 3-7 лет – 33, 7-14 лет – 12 пациентов. Для систематики патологий была использована классификация ятрогений С. Я. Долецкого (2014 г.).

Результаты и обсуждение. В нашей работе преимущественно встретилась ятрогения воздействия: реанимационно-наркотическая (84), травматическая (94), манипуляционная (156). Представлены виды возникших осложнений, их лечение и исходы. Наиболее уязвимыми были дети раннего возраста (86%). Летальность составила 3,6%, инвалидность 3%. Уменьшение рисков врачевания связано с углубившимися знаниями особенностей патогенеза болезней, реактивности организма и внедрения современных медицинских

технологий, тактических установок, высококлассной техники. В последние 10-15 лет практически исчезли инъекционные, наркозные, термические осложнения, однако увеличилось число пневмотораксов при ИВЛ у новорожденных с РДС, хотя и здесь летальность снизилась до 2,4%. Полностью исключить ятрогению травматического генеза вряд ли возможно, так как она является следствием агрессивного лечения, значительно увеличивающего все риски.

Выводы:

Проведенный анализ позволил выработать для медицинских работников изложенные в 12-ти пунктах рекомендации в целях уменьшения ятрогенных осложнений.

1. Использование любого лечебно-диагностического метода вызывает ответную реакцию со стороны объекта врачевания. Ввиду этого в медицинской практике должен господствовать принцип минимальной достаточности как в отношении диагностики, так и терапии.

2. Непредвиденные реакции требуют немедленного прекращения пособия, оказания адекватной (синдромной) помощи, осмысления причин их развития и лишь только после этого, если от такого метода невозможно отказаться, предпринять осторожные попытки дальнейшего его применения.

3. Наличие достоверного эпизода, угрожающего здоровью, воздействия (инородные тела пищевода и дыхательных путей) даже при получении отрицательного результата обследования с применением методов доказательной медицины (лучевых, эндоскопических и др.) требует проведения глубокого анализа причин и действий для исправления допущенных ошибок.

4. В отношении urgentных заболеваний, а в равной степени и всех других должен господствовать принцип ранней диагностики с использованием методов доказательной медицины, в том числе и инвазивных (операций). Не следует пренебрегать принципом «гипердиагностики».

5. Неудовлетворительный результат лечения болезни в течение 3-5 дней требует оценки правильности диагностики или (при точном диагнозе) привлечения дополнительных терапевтических средств.

6. В ходе диагностики и лечения во избежание ятрогенных осложнений следует тщательно выявлять, казалось бы, минимальные риски, которые по возможности необходимо устранить до планируемого медицинского воздействия.

7. Хирургическое лечение заболеваний, не требующих выполнения экстренных вмешательств, особенно у новорожденных и детей раннего возраста, необходимо проводить в условиях специализированного стационара.

8. Ведение наркоза должно быть обеспечено наркозно-дыхательной аппаратурой высокого класса, оснащенной системами наблюдения за газовым составом и функциями пациента.

9. Послеоперационное выхаживание новорожденных и детей раннего возраста надо проводить с хорошим клинико-лабораторным мониторингом, оптимально, в условиях реанимационного отделения.

10. Наблюдение за пациентом, особенно в первые сутки после любой медицинской манипуляции (репозиция отломков, их фиксация и др.), а тем более после операции, должны осуществлять подготовленные в этом отношении специалисты. При отсутствии такой возможности и возникновении у пациента необычных реакций следует в первую очередь оценить состояние санированного очага и лишь при обычном течении местного процесса, искать другие причины («Ищи там, где положил»).

11. Затягивающееся неэффективное использование пособий жизнеобеспечения (ИВЛ, дренирование плевральной полости) требует безотлагательного использования более сложных и даже опасных диагностических приемов, позволяющих уточнить характер патологии и своевременно провести обоснованное лечение.

12. В общении с пациентом для выявления субъективных симптомов, при применении физикальных и других диагностических методов, а также в высказывании умозаключений о причинах и течении заболевания следует строго придерживаться деонтологических принципов (слово ранит).