

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЯТРОГЕНИИ В ОНКОЛОГИИ

Сухарев А.Е., Ермолаева Т.Н., Беда Н.А., Мамаева С.А.

Астраханское региональное общественное

учреждение гуманитарных проблем «ГРАНТ»,

Медико-юридическая консультация Астраханского филиала СГАП, Астрахань

Профессиональные нарушения врачей неизбежно приводят к ятрогении, что может являться предметом судебно-медицинской экспертизы. Размывание и деформация принципов советской системы здравоохранения на теневом рынке медицинских услуг влекут появление антигуманных тенденций в этой сфере и медицинском образовании, где вульгарный коммерческий дух вытесняет классический – гуманитарный и научный. Финансовые трудности, неуверенность в завтрашнем дне являются психотравмирующими факторами и вызывают изменения психо-эмоциональных реакций и программ поведения в системе отношений «врач-пациент-общество».

Программой преподавания судебной медицины на юридических факультетах вузов предусмотрена тема «Судебно-медицинская экспертиза по делам о нарушениях медицинским персоналом профессиональных и должностных обязанностей».

В главах 16 и 25 УК РФ, посвященных преступлениям против жизни и здоровья людей, ряд действий медицинских работников квалифицируется как уголовно наказуемые. К ним относятся незаконная трансплантация органов и тканей, заражение опасными инфекциями, выполнение криминальных аборт, не оказание медицинской помощи и др. (ст., ст. 120-125, 235-237 УК РФ).

Вместе с тем, в повседневной медицинской практике встречаются и другие правонарушения, приводящие к ятрогении, но не всегда оказываемые в поле зрения правоохранительных органов, благодаря традиционной корпоративности и консерватизму медицинской среды [3,11,12].

Так, девиация государственной системы здравоохранения в сторону местного самоуправления, помимо развития разумных демократических инициатив, может приводить к игнорированию на местах научно обоснованных методических рекомендаций центральных научно-исследовательских онкологических институтов по технологии лечения онкологических больных и приказов Министерства Здравоохранения РФ по оказанию онкологической помощи населению (пресловутый «рекомендательный характер» приказов).

В последние десятилетия эта тенденция нарастает на коррупционный механизм подбора и расстановки научно-педагогических и руководящих кадров в здравоохранении [1]. Это приводит к «конфликту интересов», не способствует

развитию и внедрению достижений онкологической науки и практики на местном уровне, что является фактором, повседневно умножающим и усиливающим ятрогению.

Чтобы уменьшить вероятность ятрогений, то есть - негативных последствий врачебных ошибок и правонарушений, необходимо понять психологические механизмы их появления.

В труде профессора А.В. Шапошникова из Ростова-на-Дону [12] проведена лингвистическая, медицинская и правовая экспертиза существующих определений ятрогений, дана их новая классификация. Рассмотрены личностные характеристики и психосоциотипы врачей и пациентов, оказывающие негативное влияние на диагностический, тактико-стратегический и лечебные этапы их взаимоотношений.

По определению автора, «ятрогении – это негативные прямые и косвенные последствия действий, а также высказываний медицинских работников, обладающих прямыми распорядительными и исполнительными функциями в период и на месте выполнения ими профессиональных и служебных обязанностей, на здорового или больного человека, повлекшие за собой изменение его психического и физического состояния независимо от времени их наступления» [12].

Наиболее наглядно результаты врачебных ошибок, приводящих к ятрогении, могут проявляться в хирургической практике, что отражено в латинском изречении: «Chirurgus mente prius et oculus agat, quam armata manu (Хирург должен прежде действовать головой и глазами, чем вооруженной рукой)». В древнем мире лекарям, совершавшим ошибки с трагическим исходом, отрубали руки или казнили [12].

Такая иллюстрация использована нами, чтобы подчеркнуть следующее положение: действие

недостаточно грамотного врача или врача, умышленно манипулирующего скальпелем без четких научно и юридически обоснованных показаний к операции, могут быть квалифицированы как действия, наносящие вред здоровью или жизни пациента.

Это особенно актуально, если самосознание врача таково, что он назначает операцию ради операции, то есть ради того, чтобы, выполнив её, получить вознаграждение от пациента или общества. Насколько такое возможно свидетельствуют наблюдения из практики [8].

Приводим результаты анализа работы маммологического отделения областного онкологического диспансера за десять лет, где работали два врача-онколога, считавшие каждый себя крупным специалистом в области маммологии и конкурирующие друг с другом за престиж. Один из них после окончания учебы в медицинском институте и годичной аспирантуры на кафедре биологии, благодаря родственным связям, занял должность доцента небольшого учебного курса онкологии медицинского института, который располагался на базе онкологического диспансера. Несколько лет доцент преподавал онкологию теоретически, а затем решил стать маммологом и освоить операции на молочных железах. Другой - после интернатуры, а затем ординатуры по общей хирургии исполнял обязанности заведующего маммологическим отделением в этом диспансере.

Оба «маммолога», при отборе больных в поликлинике, в течение нескольких лет, каждый по своему, определяли тактику лечения пациенток с патологией молочных желёз, в том числе и показания к операциям. В результате ежегодно в этом отделении выполнялось 700-800 операций в год на молочных железах, из них лишь 150-200 по поводу рака. Остальные операции назначались женщинам с доброкачественными изменениями в молочных железах (фиброаденоматоз или дисгормональные гиперплазии, фиброзно-кистозная мастопатия), которые надо было лечить консервативно без операций. При этом двухсторонние секторальные резекции в 90% случаях выполнял единолично доцент, тогда как заведующий отделением такие вмешательства производил лишь в 8-16% случаев.

Эти цифры свидетельствуют о достоверном различии и субъективизме в определении показаний к операциям на молочных железах в данном отделении.

Выяснилось также, что здесь в течение нескольких лет нарушалась технология лечения рака молочной железы, когда вместо того, чтобы провести необходимую предоперационную химио-гормоно- или лучевую терапию больным с

II^б и III^б стадиями рака, лечение начинали с хирургического этапа, что недопустимо, так как это способствует метастазированию опухоли и ускорению летального исхода.

Так, стремление выглядеть в глазах окружающих «авторитетными хирургами» привело к отступлению от основных требований онкологии и к серьёзным нарушениям технологии лечения, что явилось причиной ранних метастазов и рецидивов рака молочной железы.

Нельзя не отметить ещё одного аспекта, когда монопольное положение и бесконтрольность вышеуказанных «маммологов» способствовали ятрогении умышленной. Это выяснилось после создания маммологического кабинета в этом же городе, но на базе другого лечебно - профилактического учреждения. При изучении симптомов заболевания и анамнеза у пациенток, обратившихся по поводу мастопатии, выявлено много случаев, когда доцент и некоторые «обученные» им врачи после беглого осмотра молочных желез, не утруждая себя назначением дополнительного обследования (УЗИ, маммография, пункция с цитологическим исследованием, динамическое наблюдение), заявляли буквально следующее: «У тебя рак!» или: «У тебя будет рак! Тебе осталось жить полгода. Нужна срочная операция. Откажешься – будешь у меня в ногах валяться, просить, но будет поздно!» Даже если женщина беременна, доцент требовал прервать беременность и назначал операцию. Будучи лишь кандидатом медицинских наук, он купил себе диплом «академика» одной иностранной коммерческой «академии наук» и важно называл себя «академиком».

Естественно, что такие заключения доцента-«академика» воздействовали на психо - эмоциональное состояние пациенток и многие из них соглашались на операцию. Однако, как правило, такие заключения оказывались несоответствующими действительности, а операции – ненужными. Делалась калечащая женскую грудь секторальная резекция без соблюдения косметических требований, а в гистологической лаборатории при исследовании удалённой ткани констатировался фиброаденоматоз – преморбидное состояние молочных желез, которое, по данным специальных исследований [2,5] отмечается более чем у 70% (до 90%) женщин. Данный вид мастопатии требует лишь недорогого лечения микроэлементами, витаминными препаратами, лекарственными травами одновременно с лечением фоновых заболеваний [6].

Разумеется, описанные ситуации не имеют отношения к истинной медицине, а тем более к онкологии. Здесь имеет место психологически дефектный тип личности врача, недобросовестно

нагнетающего канцерофобию и эксплуатирующего этот страх пациенток в своих корыстных интересах.

Согласно исследованиям А.В. Шапошникова, действия хирурга, как источника вреда, проявляются на этапах диагностики, определения стратегии и тактики лечения, выполнения лечебно-профилактических мероприятий. В их числе автор отмечает как неверно принятые решения о методах профилактики и лечения, в т.ч. оперативных, так и прямое или косвенное участие в эвтаназии [12].

По нашим наблюдениям, правонарушение в виде пассивной эвтаназии, а именно, отказа в лечении онкологическим больным, в последние годы получает всё большее распространение. Этому способствуют как экономические причины – лечение тяжёлых онкологических больных требует больших материальных и душевных затрат, так и стремительное искажение профессионального самосознания врача в условиях теневого рынка медицинских услуг. Клятва Гиппократа воспринимается иронически, а кое-где и цинично отвергается [3].

В областном онкологическом диспансере, приказом главного врача введено взимание платы со всех пациентов, что является необоснованным ни с юридической, ни с морально-этической точек зрения. Более того, это усилило теневые поборы с больных со стороны онкологов хирургических отделений, чему способствует их официальная низкая заработная плата. Это увеличило также число необоснованных отказов больным в специальном лечении из-за их неплатежеспособности.

Недавно областной суд оштрафовал этот онкодиспансер за отказ в специализированном лечении 50-летнему физически крепкому больному раком легкого 2а стадии, но с кровохарканьем.

Должность заведующего торакальным отделением занимал онколог М., ранее работавший охранником в тюрьме, затем, после окончания мединститута – общим хирургом в районном центре, затем несколько лет – врачом онкологом консультативной поликлиники онкодиспансера и лишь в предпенсионном возрасте прошедший специализацию по торакальной хирургии и занявший указанную должность по протекции. В психологической характеристике М. преобладали черты «тюремного охранника». Он заискивал перед начальством и высокомерно держался перед пациентами.

В доверительной беседе М. сетовал на маленькую зарплату и откровенничал, что, беседуя с больным, он прикидывает: «не как его вылечить, а сколько можно с него содрать?». Должность врача ординатора этого отделения занимал

малоопытный хирург – его сын. Третью врачебную ставку они разделили между собой. Длительное время они, работая вдвоем, монопольно определяли показания и противопоказания к оперативному лечению, без научного и методического контроля из-за некомпетентности доцента-«академика» и администрации онкодиспансера. В данном отделении регистрировалась высокая послеоперационная летальность, однако, серьезного анализа причин не проводилось.

Свой отказ в операции данному больному с кровохарканьем М. объяснил, якобы, имевшейся у больного тяжелой сердечной патологией и выписал его из стационара. На вопрос жены больного: «Куда им обратиться для решения вопроса о тактике лечения?» М. ответил: «Мы таких рекомендаций не даем. Придете через четыре месяца». На вопрос: «Вы выписываете его умирать?», М. ответил: «Да».

Не удовлетворившись таким ответом, больной обратился в торакальное отделение областной клинической больницы в этом же городе, где ему через неделю была выполнена необходимая радикальная операция с хорошими непосредственными и отдаленными результатами бесплатно, в соответствии с медицинским полисом. Никакой тяжелой сердечной патологии, а, следовательно, противопоказаний к операции у больного не оказалось.

Таким образом, отказ в областном онкологическом диспансере онкологическому больному в специальном лечении, а также отказ в направлении его в другое специализированное отделение, был необоснованным приговором к смерти и повлек за собой тяжелые психологические переживания для пациента и его родственников.

Жена больного подала исковое заявление в гражданский суд о возмещении морального вреда на заведующего торакальным отделением М. из онкодиспансера. Всех участников судебного разбирательства удивили цинизм и отсутствие профессионализма у представителей ответчика, когда они пытались оправдать свои действия, являющиеся, по сути, эвтаназией. Штраф был вынесен областному онкодиспансеру, а не непосредственному онкологу-правонарушителю М.

Такова сложившаяся система юридической ответственности врачей государственных лечебно-профилактических учреждений, где лицензия выдаётся на организацию, а не отдельному врачу.

Описанный выше факт не единичный и вызывает мысль о необходимости демонополизации онкологической службы на региональном уровне, так как сегодня монопольное её положение не способствует прогрессу, как в технологическом обеспечении лечебного процесса, так и в

морально-психологической атмосфере формирования профессионального самосознания врачей онкологов [11, 12].

Выделяют четыре типа сложившихся стереотипов поведения хирурга по отношению к больным, приводящие к ятрогении: 1) административно - бюрократический («не мой больной»); 2) аппаратно – технологический («больной, как прибор, подлежащий ремонту»); 3) социально – экономический («деньги – здоровье»); 4) морально – этический [12].

Это актуально для формирования профессионального самосознания врача в нашей стране, где существует низкая система оплаты труда государственных и муниципальных медицинских работников, при декларированном в Конституции РФ праве граждан на бесплатное лечение. Результаты этой практики налицо: и пациенты, и медработники поставлены в тяжелые взаимоотношения, на фоне стремительного расслоения общества и финансовых правонарушений со стороны коррумпированной и беспомощной чиновничьей системы управления здравоохранением [1,3].

Если врач или другой медработник восхваляет себя, поливая грязью другого врача, то это наносит непоправимый вред делу лечения больных и свидетельствует лишь о его желании примитивным способом заработать подношения от пациентов.

Врач должен быть вне политики и оказывать врачебную помощь независимо от расовых, национальных, религиозных и других взглядов больного. Вся медицинская наука и практика базируется на фундаментальных данных анатомии, физиологии и генетики человека. При этом за всю историю развития научной и народной медицины, не выявлено никаких различий в строении и функции организма, которые зависели бы от национальности, религии, идеологии и прочей абстракции [12].

Согласно официальным данным, основную часть пациентов составляют люди бедные или называющие себя бедными. Однако, когда на ум приходит статистика потребления алкоголя и табака нашим «бедным» населением, огромного количества дорогих автомобилей на улицах, то, в связи с этим, чувство сострадания и жалости к «бедным» соотечественникам притупляется, в результате чего на практике может притупляться и осознание необходимости соблюдения клятвы Гиппократова [3, 8].

Поведенческие реакции и самосознание человека обусловлены психологическим типом его личности и являются фенотипическими проявлениями генотипа. С открытием и расшифровкой генетического кода в последнее столетие появи-

лась возможность изучения того, как реализуется записанная в молекуле ДНК программа развития организма человека, его самосознания, психологии, характера и поведения личности.

Фундаментальное положение биологии о том, что филогенез (эволюция вида) как бы повторяется в онтогенезе (развитие индивидуума), может быть ключевым подходом при изучении процессов становления сознания, самосознания, психологии.

Подобно тому, как в эмбриональном периоде организм человека развивается от одноклеточной до многоклеточных форм, включая стадии жабер и других рудиментов, так и в постнатальном периоде формирование поведенческих реакций эволюционирует от первобытно – эгоистического до гуманитарно – правового состояния самосознания и психологии.

Индивидуальное и общественное самосознание состоят из врожденных и приобретённых компонентов, которые включают в себя, как атавистические «законы джунглей», так и накопленные опытом общечеловеческие гуманитарно-правовые нормы [3,4,8,9]. Различные стрессовые ситуации, подобно неспецифическому тест-раздражителю [7], проявляют их в зависимости от доминирования того или иного компонента.

Так, правовой вакуум или несовершенство законов в периоды революций или реформ способствуют всплеску онтогенетически более древних психологических программ [10], порождают правовой произвол (атавизм). Стихийное формирование рынка медицинских услуг и несовершенные законы, подобно дефектным генам, порождают явную или скрытую «патологию» в производственных отношениях лечебно – профилактических учреждений. Из-за этого в организации здравоохранения также могут проявляться нецивилизованные тенденции [1,3,4]. Кроме того, нейролингвистическое программирование и другие методы воздействия на самосознание и психологию людей, с использованием заложенных в них атавистических программ, усиливают эти тенденции [4, 9,10].

Вероятно, формирование профессиональных медицинских и других общественных организаций контроля по соблюдению Законов Российской Федерации об охране здоровья граждан может способствовать развитию профессионального самосознания в здравоохранении и уменьшению ятрогений [4, 12].

При этом создание городского онкологического диспансера путем реорганизации ряда дублирующих друг друга городских больниц представляется одним из путей демонополизации онкологической службы в Астраханском регионе и оздоровления естественной конкурентной среды

в деле оказания онкологической помощи населению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ильичев Г. Нашим административным ресурсом интересуется Зимбабве //«Известия» - 2004. - С.3.
2. Картер Р.Л. Предраковые состояния. - М.: Медицина, 1987. - С.129.
3. Кислинская Л. Люди на запчастях //Совершенно секретно. - 2004. - № 9. - С. 17 – 19.
4. Саркисян А.Г. Врачом ты можешь не быть, а Гражданином? //Врачебная газета. - № 2. - 1999.
5. Семиглазов В.Ф., Веснин А.Г., Моисеенко В.М. Минимальный рак молочной железы. - С.-П., 1992.
6. Сидоренко Л.Н. Мастопатия. - Л.: «Медицина», 1991.
7. Сухарев А.Е. Тканевые и сывороточные острофазовые белки в клинической оценке неспецифических заболеваний и рака легких. - Автореф. докт. дисс., М. - 1992.
8. Сухарев А.Е., Ермолаева Т.Н., Федорова В.Г. Психологические и деонтологические особенности преподавания онкологии. - Волгоград, 2002. Выпуск 5. - стр. 89-99.
9. Фрейд З. О клиническом психоанализе» Избранные сочинения. - М.: Медицина, 1991.
10. Хаббард Л.Р. Дианетика. Современная наука душевного здоровья. - М., Изд. группа Нью-эра, 1996.
11. Чиссов В.И., Трахтенберг А.Х., Авербах А.М. и др. «Ошибки в клинической онкологии» Руководство/М., «Медицина», 1993.
12. Шапошников А.В. Ятрогения. Терминологический анализ и конструирование понятия. - Ростов-на-Дону, 1998.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF IATROGENY IN ONCOLOGY

Sukharev A.E., Ermolaeva T.N., Beda N.A., Mamaeva S.A.

Professional infringements of doctors lead to iatrogeny and are subject of forensic medical examination. Reforms of health protection reduce the humanism level in medicine now. Financial difficulties, uncertainty in the future are great psycho-traumatic factors. They cause the changes in the relations system “doctor – patients – society”.