



А.Е. Волков

ПСИХОГЕННЫЕ ЯТРОГЕНИИ В АКУШЕРСТВЕ-ГИНЕКОЛОГИИ КАК СЛЕДСТВИЕ ЭХОГРАФИИ

*Ростовский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии № 1*

Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: avolkov@aaanet.ru

В статье обсуждаются вопросы генеза и профилактики психогенных ятрогений в практике врача акушера-гинеколога, использующего в своей повседневной работе эхографию (ультразвуковое исследование).

Ключевые слова: эхография, акушерство, ятрогении.

A.E. Volkov

PSYCHOGENIC IATROGENIC IN OBSTETRICS-GYNECOLOGY AS A RESULT OF SONOGRAPHY

*Rostov State Medical University,
Department of Obstetrics and Gynecology №1*

29 Nakhichevansky st., Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: avolkov@aaanet.ru

The article discusses the genesis of psychogenic and prevention iatrogenic in the practice of obstetrician-gynecologist using in their daily work echography (ultrasonography).

Keywords: ultrasound, obstetrics, iatrogenic.

Понятие «ятрогения» первоначально связывали с неблагоприятным воздействием на психоэмоциональную сферу человека слова врача или его действия (от греч. *iатros* – врач и *genesis* – происхождение). По определению А.В. Шапошникова [1]: «Ятрогения – 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, повлекшее за собой изменения его психического и физического состояния независимо от времени их наступления».

Немецкий психиатр О. Бумке в статье «Врач как причина душевных расстройств» впервые обратил внимание на заболевания, которые вызывались отрицательным влиянием врача на психику больного, и назвал такого рода психогенные заболевания ятрогенными. Между тем дальнейшая эволюция понятия «ятрогения» все дальше уводила врачей от этой важной проблемы, поскольку это понятие стало более расплывчатым, вобрало в себя многочисленные случаи диагностических и лечебных ошибок. Само же первоначальное понятие ятрогений, предполагающее психогенное возникновение этого заболевания, в ряде классификаций заменено термином «информационная» ятрогения [2].

Психогенный генез ятрогений как бы оказался второстепенным. В то же время, бурное развитие медицинской техники в последние десятилетия не только расширило границы диагностических и лечебных возможностей врача акушера-гинеколога, но и привело к появлению новых, ранее неизвестных заболеваний, ятрогенных по своей сути. В этой статье мы не будем касаться случаев ятрогений вследствие инвазивных процедур пренатальной диагностики: амниоцентеза, биопсии тканей хориона и плода, внутриутробного заменного переливания крови и т.д. Остановимся лишь на рутинной неинвазивной эхографии, зачастую являющейся причиной развития ятрогенных заболеваний в практике акушера-гинеколога.

Универсальность, информативность и безопасность (безвредность) эхографии определили прочное место метода в повседневной жизни акушерско-гинекологической клиники. Современная эхография стала по существу «всевидящим оком» медицины. Сейчас мы, по мнению Б.И. Зыкина [3], переживаем период «...одновременного тотального увлечения методом с избыточно высокой его оценкой в сочетании с недоверием ...».

В ставшей классической монографии профессора Р.А. Лурия «Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания» [4] описаны случаи ятрогений, развившихся вследствие неумелого пользования врачом данными лабораторных исследований и рентгенографии. По на-



шим наблюдениям, не реже, чем лабораторные данные и рентгенография, ятрогенные заболевания вызывает эхография, и чем чаще применяется эхография, чем больше достижений в ультразвуковой технике, тем чаще и более неожиданными становятся эти ятрогении. В основе такого психогенеза ятрогений лежит, прежде всего, глубокое убеждение в непогрешимости метода, убеждение в том, что ультразвуковому аппарату всегда и по праву принадлежит последнее и решающее слово в диагностике заболеваний.

Среди больных встречаются ятрогении, если можно так выразиться, «ультразвукового происхождения», которые часто вызваны неосторожными заключениями врачей-эхологов, как правило, не считающихся с психикой больных.

В настоящее время благодаря широкому внедрению в повседневную практику врача акушера-гинеколога ультразвукового сканирования появились широкие возможности диагностики аномалий развития плода и наблюдения за его развитием. Изображение ребенка на экране ультразвукового сканера может вызывать те или иные реакции со стороны матери и далеко не всегда положительные. M. Garel и M. Franc [5] представили результаты изучения этих реакции у 54 беременных. Ультразвуковая картина вызывала у них не только успокоение и радость, но и страх и беспокойство. В статье T.R. Verny [6] приведены данные о динамичном повышении уровня ситуативной тревожности у беременных прямо пропорциональному количеству ультразвуковых исследований во время гестации. N. Rossi и соавт. [7] приводят данные о возрастающем уровне тревожности у беременных пациенток, обусловленном ожиданием ультразвукового исследования.

В «Руководстве по эффективной помощи при беременности и родах» [8] М. Энкин писал, что «...ультразвуковое обследование должно было стать восхитительным и счастливым событием для будущих родителей, однако как истинная, так и ошибочная диагностика отклонений от нормы у плода при ультразвуковом обследовании могут привести к тяжелой психической депрессии», при том, что «... ультразвуковое обследование может оказаться неприятным для женщины, если даже результаты его свидетельствуют о нормальном течении беременности, в том случае, когда врач не проявляет необходимой коммуникативности и внимания».

Сама обстановка кабинета ультразвуковой диагностики непонятна для пациентки, а потому не может не действовать на ее психику. Много лет прошло с того времени, как Гете написал «Фауста», но слова Мефистофеля не теряют своей актуальности и сегодня:

«У нас ведь все к чудесному стремятся,

Глядят во все глаза и жаждут удивляться...»

Эта жажда удивляться и создает психическую основу для возникновения ятрогений при эхографии. В происхождении «ультразвуковых ятрогений» участвуют две неразрывные стороны. Первая - поведение врача-эхолога, часто совершенно упускающего из вида, что на исследование пришел человек с огромной верой в аппарат, во врача, с нетерпением ожидающий «УЗ-приговора», - больная, в психике которой своеобразно преломляется наша терминология. Можно приводить бесконечные примеры ятрогенных реакций, возникающих после демонстрации больной студентам врачами, а также после «коллегиального обсуждения» ультразвуковой картины.

Показателен следующий случай. Больная М. пришла на прием с жалобами на недавно появившиеся боли в низу живота. Осмотр не выявил сколь либо значимых изменений. Когда женщине объяснили, что речь идет о случайном, приходящем расстройстве, она с горечью заявила: «Да, это было бы так, но у меня яичники прижаты к матке», - и показала протокол эхографии. «Но ведь они могут совсем упасть на матку», - возразила она, когда, прочитав протокол, мы не нашли там ничего подозрительного в отношении органических заболеваний. С мыслями о том, что «яичники - вялые», что, несомненно, грозит большими неприятностями, больная жила с момента исследования, и понадобилось долгая беседа об анатомии и физиологии репродуктивной системы, чтобы рассеять ее сомнения. Прошло, однако, еще немало времени, пока больная избавилась от своей ятрогении, одновременно исчезли и боли внизу живота. По этому поводу весьма афористически выразился Карл Краус: «Наиболее распространенным заболеванием является диагноз» (цит. по [9]).

Какую реакцию у пациента могут вызвать заключения врача-эхолога такого типа (цитаты из ультразвуковых протоколов, авторский текст сохранен): «незаживающий участок отслойки плаценты», «внутриутробная абстиненция плода», «угрожающее состояние беременности», «энцефалопатия плода», «неразвивающаяся беременность 2 нед 6 дней», «непрозрачность околоплодных вод позволяет думать о внутриутробном инфицировании» и, наконец, «внутриутробная агония плода»? При прочтении подобных заключений возникает желание предложить коллеге «думать об инфекции и энцефалопатии плода» про себя, не вынося свои предположения в протокол.

Не меньшую настороженность у пациенток вызывают так называемые «позитивные» заключения: «...плацента - мощная...», «плодное яйцо - есть, эмбрион пока не появился» и т.д. Неоспоримо правы были древние: «Nescire aligna quam scire sacpe melius est» (Иногда бывает лучше чего-то не знать, чем знать).

Эти и многочисленные другие случаи неосторожного обращения врачей с психикой больных иллюстрируют положение Гольдшейдера, что бывают люди, которые становятся больными только после постановки им «научного» диагноза. Эхография особенно легко прививает идею несуществующей болезни, и это должны учитывать врачи, проводящие ультразвуковое исследование. Порой кажущиеся безобидными выражения врача-эхолога могут приводить к неожиданной, парадоксальной реакции со стороны пациентки, особенно если они были произнесены с «глубоким смыслом», «со значением».

Отдельного обсуждения требует проблема психологической составляющей пренатального консультирования при подозрении и, особенно, при наличии у плода аномалий развития. В подобной ситуации от врача, проводящего исследование, требуется особая осторожность, корректность в словах, выводах и, тем более, рекомендациях.

Считаем недопустимым использование при консультировании беременных таких слов, как «уродство плода», «ребенок-урод», «ребенок-ненормальный», «ребенок, отстающий в развитии». В подобной ситуации более приемлемы понятия «особенности развития», «замедление темпов роста плода» или «несоответствие размеров плода статистическим критериям» и т.д. Не следует, объясняя пациентке те или иные ультразвуковые «находки», ссылаться на свой «опыт»: «... а вот, у одной беременной



был подобный случай, так она сделала следующее...». Совершенно недопустима ситуация, когда консультант, высказывая пациентке свое личное мнение (далеко не всегда верное), о целесообразности прерывания или продолжения беременности в случае обнаружения у плода тех или иных ультразвуковых признаков ВПР/ВНЗ, берёт на себя право решать: «...зачем Вам ребенок-урод? ... все равно после операции он будет ненормальным, лучше прервать эту беременность, потом еще себе родите». Подобные высказывания приводят к глубоким психологическим переживаниям, а в ряде случаев, и к развитию психосоматических заболеваний [10].

Задача, точнее говоря – обязанность, врача, проводящего эхографию в акушерской клинике, состоит не высказывании «своего личного мнения по поводу...», а в предоставлении пациентке (семейной паре) полной информации об обнаруженных особенностях, о возможных (всех возможных!) перспективах развития данной конкретной ситуации, основанных на современном мировом опыте и статистических данных. Только семейная пара (и более никто!) имеет право на принятие решения о прерывании или продолжении беременности в случае пренатального выявления ВПР/ВНЗ плода, какой бы исход беременности не был бы прогнозирован.

В 1985 г. Международная федерация акушеров и гинекологов (FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics) создала комитет по этическим вопросам репродукции и здоровья женщин. В «Рекомендациях по этическим вопросам в акушерстве и гинекологии» (ноябрь, 2003) [11] четко сформулированы «Этические аспекты прерывания беременности на основании результатов пренатальной диагностики»:

1. Современные методики пренатальной диагностики позволяют получать информацию о нормальном или патологическом развитии эмбриона. Патология может впервые проявиться как во время беременности, так и в младенчестве, и даже у взрослого. Степень выраженности патологического процесса варьирует от незначительного (не влияющего на качество жизни), до тяжелейшего, ведущего к летальному исходу.

2. Если женщина дает согласие на проведение пренатальной диагностики, необходимо выяснить, желает ли она получать информацию о ее результатах, так как в ходе обследования возможно выявление различных пороков развития эмбриона. Возможно, женщина не согласится на преждевременное прерывание беременности ни при каких заболеваниях эмбриона/плода.

3. Информация, полученная при пренатальной диагностике, дает основания прервать беременность только в тех странах, где это узаконено. Это поднимает серьезные этические проблемы, связанные с оценкой степени выявленных нарушений, их влияния на последующее качество жизни ребенка. В любом случае, главенствующим должно быть решение родителей (особенно матери). Неэтично и недопустимо оказание давления на родителей с целью побуждения их принять некое решение.

4. Врачи должны помнить о желании каждой супружеской пары иметь «идеального ребенка». Однако это не реально, и это надо учитывать при консультировании [11].

Вторая, не менее важная причина ятрогении, – недостаточное знание (а значит и непонимание) акушером-гинекологом особенностей психики женщины и тех изменений, которые происходят в психоэмоциональной сфере пациентки под влиянием беременности. Прове-

денное нами комплексное психологическое обследование беременных обнаружило наличие у них компенсированного психовегетативного расстройства при физиологической беременности, проявляющегося снижением настроения, затрудненной психологической адаптацией, эмоциональной неустойчивостью. У беременных, страдающих поздним гестозом, отмечались своеобразные особенности их психоэмоционального реагирования по сравнению с таковыми у беременных с физиологическим течением гестации: выраженная трудность личностного контакта, неконформность, чрезмерная озабоченность собственным здоровьем с одновременным нежеланием стационарного лечения или полное отрицание наличия патологии беременности, нестоворчивость, упрямство, не критичность в оценке своего реального соматического состояния, высокий уровень алекситимии [11]. Выше перечисленные психологические особенности личности беременных являются «благодатной почвой» для развития ятрогений.

Мы не будем более углублять психогенез заболеваний, родившихся в кабинете ультразвуковой диагностики. Скажем только, что от врача-эхолога благодаря самой ситуации исследования, особенно предрасполагающей к ятрогениям, требуется чрезвычайная осторожность как при самом исследовании, так и при составлении протокола. И чем скуднее на слова будет врач в своем кабинете, чем лаконичнее и менее категоричным будет протокол, передаваемый на руки пациентке, тем больше гарантии в том, что эхография не станет источником ятрогений.

Необходимо коренным образом пересмотреть отношения, создавшиеся между лечащим врачом и врачом-эхологом, с одной стороны, эхологом и больной – с другой. Эхолог является консультантом для лечащего врача, но ни в коем случае не для больной. Он обязан поделиться с лечащим врачом своими выводами по результатам эхографии, имея полное основание и право высказать свои соображения о диагнозе, о необходимости хирургического вмешательства, например, но, не зная ни результатов физикального и лабораторного исследования, ни внутренней картины болезни женщины, эхолог не должен стремиться подменять лечащего врача. С нашей точки зрения, неоспоримым является мнение корифея эхографии W. Cochraine (1984) «... несмотря на возможность достаточно четкой дифференциации органов и тканей малого таза, в большинстве случаев невозможно установить диагноз, имеется ввиду нозологический только на основании данных ультразвукового исследования. Этот диагноз возможен лишь при интеллектуальной корреляции ультразвуковых данных, истории болезни и ее клинической картины ...» (цит. по [3]).

Проблема взаимоотношений коллег (лечащих врачей-клиницистов и врачей-эхологов) и их роли (доли участия) в процессе постановки диагноза – проблема важная, требующая серьезного обсуждения. Мы полностью разделяем точку зрения В.А. Быковского о том, что «...лечащий доктор – «главный», ведущий в лечебно-диагностическом процессе ... обращение ... специалиста по эхографии к клиницисту всегда было, есть и будет примерно следующим: «Вы главный, я работаю для Вас, я располагаю такими-то возможностями метода, пожалуйста, определитесь, что Вы хотите получить от УЗИ? И на основании этого поставьте, пожалуйста, передо мной задачи...» [12].

Для больной не может существовать отдельного ультразвукового и клинического диагнозов, такие диагнозы



существуют только для врачей, а для больной имеется один синтетический диагноз лечащего врача, которые несет полную ответственность за здоровье больной и не должен ни с кем разделять эту ответственность. Поэтому отдельные разговоры эхолога с больной о сути болезни недопустимы и вредны. Эхолог обязан говорить с врачом, но не должен говорить с больной, не только для того, чтобы избежать ятрогений, но чтобы не оказывать «нового», вредного влияния на лечение.

Это, разумеется, ни в какой степени не умаляет ни огромной ценности самого ультразвукового исследования, ни необходимости предоставления лечащему врачу полной информации о выявленной патологии. Поведение врача-эхолога в кабинете требует всегда величайшей осторожности. Решение проблемы взаимоотношений лечащего врача и врача-эхолога, по нашему мнению, в следующем: акушер-гинеколог должен иметь специальную подготовку по ультразвуковой диагностике, что бы самому, не прибегая к помощи врача-эхолога, зачастую «терапевта, хирурга, рентгенолога и т.д.» проводить необходимые исследования.

Обсуждая проблему психологических перипетий, рождающихся в кабинете ультразвуковой диагностики, нельзя забывать и о влиянии психологических факторов на специалиста при получении данных для ультразвукового диагноза [13]. В.А. Быковский, исследуя факторы психологического влияния на проведение ультразвукового исследования, выделил ряд моментов, определяющих психологический дискомфорт специалиста с последующим снижением качества эхографии, отрицательно влияющих на методику получения изображений и последующую их оценку. К психологическим факторам негативного влияния на врача, проводящего эхографию, автор отнёс: упрощение задачи исследования; выраженность клинических проявлений патологии; категоричный предварительный (в том числе эхографический)

диагноз; отсутствие других клинко-инструментальных данных, подтверждающих результаты эхографии; мнения и заключения авторитетных специалистов, расходящиеся с результатами проводимого ультразвукового исследования; увеличение количества проводимых исследований и уменьшение времени их проведения [13]. Для более подробного ознакомления с упомянутой проблемой рекомендуем нашему уважаемому Читателю познакомиться с оригинальным текстом лекций проф. В.А. Быковского [12, 13], опубликованных на страницах отечественного журнала «Эхография» и его монографии «Эхография при абдоминальной патологии у детей» [14].

Несмотря на значительное расширение применения понятия ятрогении во врачебной практике, не следует забывать о необходимости учета роли личности (врача и больного) в генезе и лечении соматических и психических заболеваний. В эпоху научно-технического прогресса значение этого фактора не только не ослабевает, но и продолжает возрастать, что следует учитывать в образовании будущих врачей: «... необходимо серьезно задуматься над вопросом воспитания новых поколений врачей под знаком изучения психики человека как могучего фактора, влияющего на важнейшие нормальные и патологические процессы нашего организма ...», – писал профессор Р.А. Лурия [4].

Таким образом, сегодня вполне правомерно вопрос об ятрогенных заболеваниях в деонтологическом аспекте ставить в неразрывную связь с умением медицинского работника любого ранга не только владеть словом, мимикой, жестом, контролировать свои эмоции в процессе общения с пациентом и его близкими, но и строго соблюдать древнее и мудрое правило «Не навреди!» при выполнении множества современных диагностических и лечебных процедур, эхографии в частности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шапошников А.В. Ятрогения. Терминологический анализ и конструктивные понятия. - Ростов-на-Дону: АО «Книга», 1998. - 167 с.
2. Хамитов Ч.С., Менделевич Д.М., Яхин К.К. Ятрогенные заболевания и научно-технический прогресс // Арх. Патологии. - 1988. - Т.50. - № 5. - С. 21-23.
3. Зыкин Б.И. Оценка состояния придатков матки с помощью эхографии. Клинические лекции по ультразвуковой диагностике в акушерстве, гинекологии и неонатологии. - М., 1991. - С. 79-90.
4. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. - М.: Медицина, 1977.
5. Gare M., Franc M. Reaction des femmes a l'echographie obstetricale // J. Gyn. Obst. Biol. Reprod. - 1980. - V.9. - № 3. - P. 347 - 354.
6. Verny T.R. The Psycho-Technology of Pregnancy and Labor // J. Pre- & Perinatal Psychol. - 1986. - V.1. - № 1. - P. 31-51.
7. Rossi N., Avveduti P., Rizzo N., Lorusso R.J. Maternal Stress and Fetal Motor Behavior: A Preliminary Report // Pre- & Perinatal Psychol. - 1989. - V.3. - № 4. - P. 311-318.
8. Энкин М. Реакции беременных женщин на ультразвуковое обследование // Руководство по эффективной помощи при беременности и родах. 2-е изд. / Под ред. Э. Энкин / пер с англ. - СПб., Нормед-Издательство, 1999. - С. 65-66.
9. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. - Прага: Авиценум, 1974.
10. Волков А.Е. Психоэмоциональные особенности женщин при беременности, осложненной врожденными пороками развития плода // Медико-психологические аспекты современной пренатальной и перинатальной психологии, психотерапии и перинатологии. Материалы V Всерос. Конгресса по перинатальной психологии. - М., 2005. - С. 103-105.
11. Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology by the FIGO committee for the ethical aspects of human reproduction and women's health. FIGO. 2003.
12. Быковский В.А. Можно ли с помощью ультразвукового исследования поставить диагноз, или значение и место результатов эхографии в клиническом диагнозе // Эхография. - 2003. - Т.4. - № 3. - С. 261-269.
13. Быковский В.А. О влиянии психологических факторов в ультразвуковой диагностике // Эхография. - 2003. - Т.4. - № 4. - С. 353-359.
14. Быковский В.А. Эхография при абдоминальной патологии у детей: Протоколирование результатов исследований. - М.: Реальное Время, 2001. Van Limborgh J., Hage E.W. Anatomical features of those perforating veins of the leg which frequently or infrequently become incompetent. In: May R., partsch H., Staubesand J., eds. Perforating veins. - Munchen: Urban&Schwarzenberg, 1981. - P. 49-59.
15. Caggiati A., Ricci S. The long saphenous vein compartment // Phlebology. - 1997. - № 12. - P. 107-111.



16. Dodd H. Persistent varicose veins with special reference to the varicose tributaries of the superficial femoral and popliteal veins //Proc. R. Soc. Med. – 1958. – № 51. – P. 817–820.
17. Dodd H. The varicose tributaries of the popliteal vein //Proc. R. Soc. Med. – 1964. – № 57. – P. 394–396.
18. Дорохов Р.Н., Бубненко О.М. Асимметрия тела, её характеристика и исправление. //Дети, спорт, здоровье (Выпуск 5). – Смоленск: СГАФКСиТ, 2009. – С. 46–56.
19. Иванов Г.Ф. Основы нормальной анатомии человека. Т. 2. – М.: Медгиз, 1949. – 696 с.
20. Бланшмезон Ф., Греней Ф. Атлас анатомии поверхностных вен нижней конечности: Сафенопоплитеальное соустье. – М.: Фармацевтическая группа Сервье, 2000. – 48 с.
21. Quinlan D.J., Alikhan R., Gishen P. et al. Variations in lower limb venous anatomy: implications for US diagnosis of deep vein thrombosis //Radiology. – 2003. – №228 (2). – P. 443–448.
22. Кириенко А.И., Кошкина В.М., Богачева В.Ю. Амбулаторная ангиология. Руководство для врачей. – М.: Изд-во Литтера, 2007. – 328 с.

ПОСТУПИЛА: 25.11.2010