Содержание

Введение

1. Ятрогении, классификация
2. Причины возникновения
3. Профилактика ятрогений

Заключение

Литература

Введение

В определенные периоды развития человеческого общества появляются и приобретают повсеместное звучание "крылатые" слова, отражающие тревоги и чаяния людей. В настоящее время такими словами стали "опасность", "безопасность" и "экология", причем экология рассматривается прежде всего с позиций опасности среды обитания для здоровья и жизни человека.

Опасность исходит от двух групп факторов: природных и антропогенных. В процессе эволюции Земли и человеческого общества круг и роль природных факторов риска для здоровья и жизни людей постепенно уменьшались, а антропогенных быстро возрастали. Во второй половине XX в., в эпоху современной научно-технической революции, эта опасность увеличилась до угрожающих существованию человечества масштабов. Среди антропогенных факторов особая роль принадлежит ятрогениям.

Врачи одними из первых поняли опасность своей профессиональной деятельности для жизни и здоровья людей. Уже в IV в. до н. э. в клятве Гиппократа содержалось обещание врача: "... буду оберегать больных от всего вредного и непригодного для них". Около 2 тыс. лет назад это стало принципом лечения: "Primum nоn nосеrе" (Прежде всего не навреди), "Nihil nосеrе" (Ни в коем случае не навреди), что было воспринято как первейшая заповедь врача. В последующем заболевания, связанные с оказанием медицинской помощи, стали называть ятрогении — болезни, имеющие врачебное происхождение.

Детонирующим фактором современного учения о ятрогениях стала публикация в 1925 г. работы О. Бумке "Врач как причина душевных расстройств". В последующий период термин "ятрогения" использовался для обозначения заболеваний, вызванных психогенным влиянием медицинских работников на больных. Такое толкование ятрогении можно встретить и в современных работах. В настоящее время преобладает тенденция к расширенному пониманию ятрогении, к включению в ятрогении болезней, вызванных действием медицинских факторов физической, химической и механической природы.

1. Ятрогении, классификация

Вначале понятие ятрогении было расширено до заболеваний, связанных с ошибочными действиями врача, а затем до всех болезней и травм, ассоциированных с любыми медицинскими вмешательствами. Так, И.Ф. Калитиевский с соавт. предлагают два определения ятрогении:

1) любое новое побочное заболевание (в том числе функциональное), связанное с действиями (лечение, диагностические исследования, профилактика, поведение и др.) медицинских работников независимо от того, правильными или неправильными они были;

2) осложнения основного заболевания, вызванные ошибочными или неадекватными действиями врача. А.П. Красильников и А.И. Кондрусев, утверждая, что значительная часть ятрогенных заболеваний, особенно инфекционных и психогенных, развивается без медицинских вмешательств, предлагают понимать под ятрогениями любые болезни, которые возникают у пациента в результате медицинских вмешательств или общения с медицинскими работниками независимо от места оказания медицинской помощи и причинного фактора. Однако и это определение с современных позиций не полностью отражает явление ятрогении, поскольку не учитывает медицинские травмы и медицинских работников, которые также нередко болеют ятрогениями.

**Ятрогении — это все болезни и травмы, которые возникают у пациентов и медицинских работников в результате оказания любых видов медицинской помощи.**

Для обозначения болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, предлагались и такие названия: госпитализм, патология лечения и диагностики, неблагоприятные (побочные) последствия (эффекты) диагностики и лечения.

Существует несколько классификаций ятрогении. С. Я. Долецкий выделяет ятрогении общения и ятрогении воздействия. Е. С. Белозеров различает среди ятрогении общие реакции организма, поражения отдельных органов и тканей, медикаментозный тератогенез и онкогенез, побочное действие лекарств. П. Ф. Калитиевский с соавт. классифицируют ятрогении на обусловленные лекарственными, хирургическими, физическими и прочими методами лечения. В. Л. Коваленко с соавт. в группе ятрогении выделяют болезни, связанные с диагностическими исследованиями, лекарственным лечением, профилактическими мерами, ятрогенные псевдоболезни, информационные и прочие ятрогении. Е. Д. Черствой с соавт. в основу классификации положили вид медицинского вмешательства, выделив группы ятрогении, связанных с медикаментозной терапией, хирургическими вмешательствами, диагностическими процедурами и профилактическими мероприятиями. М. М. Балясный различает ятропсихогении, ятрофармакогении, ятрофизиогении.

Признавая научную обоснованность и практическую полезность названных классификаций, отметим, что главным в построении классификационных схем ятрогении должен быть причинный фактор, патоген. Исходя из этого ятрогении следует разделить на 5 групп:

— психогенные,

— лекарственные,

— травматические,

— инфекционные,

— смешанные.

**Психогенные ятрогении** проявляются в форме неврозов, психозов, неврастений, истерий, фобий, депрессий, чувства тревоги, депрессивных и ипохондрических расстройств. Они вызываются неосторожными и неправильно понятыми высказываниями медицинского работника о состоянии здоровья пациента, ознакомлением с собственной историей болезни и специальной медицинской литературой, прослушиванием публичных лекций, особенно по телевидению. Их называют еще "болезнями слова". Эта группа ятрогении развивается также в случаях неэффективности лечения, недоверия к врачу, страха перед методами диагностики, лечения, резкого перехода от активного образа жизни к пассивному, из привычных условий семьи и трудового коллектива в группу людей с обостренным и измененным личностным восприятием (по выражению А.Ф. Билибина, "к людям со страдающим Я").

Присоединение ятрогении осложняет течение основной болезни, повышает вероятность развития новых, например внутри больничных, заболеваний. К сожалению, учет психогенных ятрогении не проводится, данных выборочных исследований мы в литературе не нашли. Р.А. Лурия считает, что они встречаются часто и протекают тяжело, а иногда заканчиваются трагически. Так, в статье с анализом причин самоубийств, опубликованной во "Всемирном форуме здравоохранения", говорится, что большинство лиц, которые совершили самоубийства, незадолго до этого посещали врачей общей практики или других медицинских работников.

**Лекарственные ятрогении.** Для лекарственных кожных сыпей Е.А. Аркин предложил термин "лекарственные болезни". Поскольку главное проявление побочного действия лекарств — болезнь, а причина болезни — лекарство, назначенное врачом, можно распространить термин "лекарственная болезнь" на все клинические формы заболеваний, связанных с прямым или косвенным повреждающим действием определенных компонентов лекарственных средств и примесей к ним. Возражения против этого термина основываются на вполне понятных, но субъективных, более того, корпоративных соображениях. Большинство лекарственных болезней имеет ятрогенную природу. Только для заболеваний, обусловленных самолечением и нарушением предписаний врача, нет оснований для включения в ятрогении, но в группу лекарственных болезней они, естественно, входят. Некоторые авторы предлагают называть их химическими, медикаментозными ятрогениями. Эти названия представляются нам не слишком удачными, тем более что некоторые лекарства, например вакцины, иммунные сыворотки, бактериофаги, лизоцим, бактериальные препараты, имеют не химическую, а биологическую природу.

Лекарственные ятрогении многообразны в своих проявлениях, многочисленны и их классификации. Приведем лишь одну этиопатогенетическую классификацию, являющуюся результатом обобщения работ многих исследователей. Согласно этой классификации, выделяются следующие группы лекарственных болезней:

1) фармакологически негативные эффекты (например, гипогликемический шок после введения инсулина);

2) лекарственные интоксикации, включая токсическое, мутагенное, онкогенное, тератогенное, эмбриотоксическое, иммунодепрессивное действие;

3) лекарственная аллергия;

4) лекарственная непереносимость псевдоаллергической природы;

5) лекарственная зависимость;

6) лекарственные психозы;

7) реакции обострения, например бактериальный (эндотоксический) шок;

8) осложнения основной болезни, вызванные физико-химической, фармакодинамической и фармакокинетической несовместимостью одновременно вводимых лекарств;

9) поствакцинальные реакции и осложнения.

Все указанные формы лекарственных болезней обстоятельно изучены. Они описаны в многочисленных трудах и необходимости останавливаться на их характеристике в этом обзоре нет. Приведенный перечень лекарственных ятрогений следует дополнить еще одной формой — лекарственные инфекции. Этот термин появился в фармакологической литературе последних лет. Несмотря на "кричащий профессионально-этический аспект", научное и практическое развитие проблемы протекает вяло. К лекарственным инфекциям следует отнести любые инфекционные и паразитарные болезни, заражение которыми происходит в результате приема (введения) контаминированных микробами лекарственных средств. С одной стороны, лекарственные инфекции должны быть отнесены к инфекционным ятрогениям, поскольку вызываются микробами-возбудителями и больные могут служить источником инфекции для других людей по схеме контаминированное лекарство — лекарственная инфекция — вторичная инфекция. С другой стороны, эти инфекции относятся к лекарственным ятрогениям, так как связаны с приемом или введением назначенных врачом лекарств. Введение таких лекарств может быть жестко, но объективно расценено как заражение медицинским работником пациента. Именно это соображение послужило основанием для отнесения этой формы ятрогений к лекарственным болезням, хотя тактика ведения больного должна быть такой же, как при инфекционных болезнях. В группу лекарственных инфекций не включаются постинъекционные инфекции, связанные с нестерильным введением лекарств, вторичные, супер-, реинфекции, обусловленные иммунодепрессивным и дисмикробиотическим действием лекарств.

Имеется множество других, менее полных классификаций лекарственных болезней. Например, Anderson среди лекарственных болезней (по его терминологии — медикаментозных реакций) выделяет органоспецифические реакции (кожи, крови, печени, головы); генерализованные реакции (системная анафилаксия, анафилактоидные реакции, генерализованная крапивница, отек Квинке, медикаментозная лихорадка, аутоиммунные реакции, индуцированный лекарствами васкулит, реакции, подобные сывороточной болезни); псевдоаллергические реакции.

Обязательного учета лекарственных болезней нет. Приводимые в литературе данные основаны на добровольных сообщениях лечащих врачей или в лучшем случае на выборочных исследованиях. Обобщенный вывод от знакомства даже с такими явно неполными данными в сопоставлении с масштабами лекарственной терапии такой: лекарственные инфекции встречаются чрезвычайно часто. По данным Г. Маждракова и И. Попхристова, побочные реакции развиваются у 7%, по данным А.С. Лопатина, И. М. Станковской — у 10 — 12%, по данным Б. М. Пухлика — у 15—40% принимавших медикаменты людей. В США ежегодно регистрируется 1—2 млн случаев побочного действия лекарств, 2—5% общего количества госпитализированных приходится именно на эту патологию. Около 30% госпитализированных больных приобретают в процессе лечения лекарственную болезнь. Частота побочных реакций противомикробной терапии колеблется от 1 до 50%. Аллергические реакции после приема медикаментов развиваются у 0,5 — 60% лиц.

**Травматические ятрогений.** Для заболеваний, вызванных действием медицинских повреждающих факторов физической и механической природы, обычно применяют термин "медицинские травмы и их последствия" (неблагоприятные последствия хирургических методов лечения). Эпитет "медицинские" не так отчетливо, как "ятрогенные", указывает на связь травм с оказанием медицинской помощи. Исходя из этого, а также из необходимости объединить их в одну группу с психогенными, лекарственными и инфекционными ятрогениями логичнее называть их травматическими ятрогениями.

В этой группе выделяют хирургические, манипуляционные и случайные медицинские травмы, ожоги (лучевые, термические, химические) и последствия травм. Особенно серьезны и многочисленны последствия и осложнения хирургических и манипуляционных травм и ожогов. Вот их неполный перечень: операционный, бактериальный, гемотрансфузионный и анафилактический шок, коллапс операционный, острая сердечно-сосудистая недостаточность, спаечная болезнь, пострезекционный синдром, постхолецистэктомический синдром, синдром короткого кишечника, болезнь оперированного легкого, синдром массивных трансфузий, воздушная эмболия, тромбоз сосудов, ателектаз легкого, гемоторакс, гидроторакс, бронхоспазм, отек легкого, отек мозга, холестаз, эмфизема подкожной клетчатки, кровотечение, асфиксия, атония кишечника, бесплодие после удаления матки, лучевая болезнь и другие менее тяжелые поражения.

К этой группе ятрогений условно можно отнести также последствия чрезмерного вмешательства, вмешательства без показаний (так называемая хирургическая агрессия) и, наоборот, оставление больного без медицинской помощи и ухода.

**Инфекционные ятрогении (ятрогенные инфекции).** К ним относят все случаи инфекционных заболеваний, заражение которыми произошло в процессе оказания любых видов медицинской помощи. Их чаще (более щадяще для совести и чести врача) называют внутрибольничными (госпитальными, нозокомиальными) инфекциями, что не полностью отражает суть явления, поскольку, во-первых, эти заболевания возникают также при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях и на дому, во-вторых, к ним не относятся заболевания, заражение которыми произошло вне больницы. Термин "ятрогения" прямо указывает на связь заболевания или осложнения с оказанием медицинской помощи, что побуждает врача искать способы предотвращения подобных явлений в своей практике. Термин "внутрибольничные" может быть сохранен для ятрогенных инфекций, которые развиваются в стационарах.

Ятрогенные инфекции возникли одновременно с открытием первых больниц. По мере расширения стационарной помощи количество ятрогенных инфекций нарастало, и в XVIII —XIX вв. они приобрели массовый характер. К концу XIX в. после установления микробной этиологии инфекционных болезней, разработки и внедрения антисептики, стерилизации, дезинфекции, химиотерапии, асептики, изоляции уровень заболеваемости ятрогенными инфекциями резко снизился. Новый период роста и широкого распространения таких инфекций наступил во второй половине XX в. и продолжается до сих пор, но не повсеместно и не такими, как прежде, темпами. Средняя частота ятрогенных инфекций в настоящее время оценивается в 5—9% общего числа выписавшихся из стационара. У 4-5% умерших в больнице единственной причиной смерти являются ятрогенные инфекции. У отдельных категорий больных и в некоторых стационарах показатели заболеваемости и летальности в несколько раз выше.

Ятрогенные инфекции многообразны в своих проявлениях. А.П. Красильников и А.И. Кондрусев разделяют их на бактериальные, грибковые, вирусные, протозойные и метазойные; госпитальные, поликлинические, "домовые" и производственные; эндогенные, экзогенные; метастатические и аутоинфекции; больных, медицинских работников, здоровых пациентов; местные, системные, генерализованные; острые, первично-хронические и остро-хронические; связанные и не связанные с медицинскими вмешательствами. Их разделяют также по месту локализации патологического процесса: инфекции крови; хирургические раневые инфекции; инфекции мочевыводящих путей; инфекции костей и суставов; инфекции сердечно-сосудистой системы; инфекции центральной нервной системы; пневмония; инфекции нижних дыхательных путей; инфекции глаз, уха, горла, носа, полости рта; инфекции органов пищеварения; инфекции репродуктивных органов; инфекции кожи и мягких тканей; системные инфекции.

Ятрогенные инфекции вызываются более чем 200 видами бактерий, грибов, вирусов, простейших, многоклеточных беспозвоночных. Ведущее положение занимают условно патогенные микробы, которые вызывают оппортунистические болезни, т.е. болезни лиц со сниженной функцией естественного и приобретенного иммунитета. Для возбудителей ятрогенных инфекций характерны более широкий спектр свойств и более высокие темпы их изменений. Наиболее опасным направлением эволюции этой группы микробов является непрерывное формирование в стационарах больничных штаммов и эковаров ведущих возбудителей, прежде всего стафилококков, псевдомонад, энтеробактерий. Больничные эковары отличаются от внебольничных более высокой вирулентностью, множественной устойчивостью к антибиотикам, повышенной устойчивостью к антисептикам и дезинфектантам, физическим факторам, полиморфизмом популяций. Они хорошо адаптированы к больничной среде и с трудом поддаются подавлению. С ними связаны в основном наиболее тяжелые случаи заболевания и групповая заболеваемость. В последние годы во многих странах регистрируются тяжелые крупные вспышки ятрогенных инфекций, вызванных метициллинустойчивыми вариантами стафилококков. Регистрация инфекционных ятрогении, которая по сравнению с другими формами ятрогении поставлена лучше (хотя случаи намеренного или ненамеренного сокрытия очень часты), а также введение эпидемиологического надзора за лечебно-профилактическими учреждениями и основанной на нем системы санитарно-профилактических и противоэпидемических мероприятий резко снижают заболеваемость ятрогенными инфекциями.

**2. Причины ятрогений**

**Причины широкого распространения и нарастания ятрогенных болезней.** Прогресс медицинской науки и техники, расширение и усовершенствование медицинской помощи, введение в медицинскую практику новых высокоактивных лекарственных средств и вакцин, с одной стороны, обеспечили более короткие сроки и большую полноту выздоровления больных, снизили инвалидизацию и летальность, сузили ареал их распространения. С другой стороны, параллельно с этим росли степень опасности медицинской помощи, количество ятрогенных болезней и смертность от них. **Медицина подошла к такому рубежу, когда, по выражению X. Б. Вуори, любое обращение к врачу несет не только благо, но и риск потери здоровья и даже жизни**.

Обстоятельный научный анализ причин роста и тяжести ятрогенных болезней предстоит еще провести. Но все названные в литературе причины можно объединить в четыре группы.

Первая группа — это все возрастающая частота контактов населения с медицинскими работниками, имеющая прямую связь с частотой развития ятрогенных заболеваний. Резкое увеличение частоты контактов обусловлено, во-первых, ростом самостоятельных обращений населения за медицинской помощью, вызванным более внимательным отношением к своему здоровью и расширившимися возможностями ее получения; во-вторых, расширением масштабов активной профилактической помощи населению; в-третьих, переходом на специализацию, гиперспециализацию и многоэтапность оказания медицинской помощи, в результате которой пациент в настоящее время в процессе лечения контактирует с десятками медицинских работников (вместо одного-двух в начале века).

Вторая группа причин роста ятрогений — это расширение спектра и увеличение повреждающей силы механических, физических и биологических факторов, которые используются в целях предупреждения болезней, определения состояния здоровья и его восстановления. Врач видит в этих факторах только позитивную ценность и не знает, забывает или игнорирует их отрицательное побочное действие. Расширяя известное высказывание Парацельса о том, что любое вещество может быть ядом, добавим, что любой медицинский фактор независимо от его природы при определенных условиях может стать фактором повреждения и привести к развитию ятрогенных заболеваний.

К третьей группе факторов риска развития ятрогений правомерно отнести повышение чувствительности многих современных людей к факторам повреждения, особенно психической, химической и биологической (инфекционной) природы.

В четвертую группу входят медицинские факторы субъективной природы, в том числе слабая научная разработанность проблемы безопасности оказания медицинской помощи, особенно методов профилактики ятрогений; невнимание к ней со стороны органов здравоохранения; низкий уровень преддипломной и постдипломной подготовки и степень компетенции медицинских работников в вопросах безопасности; игнорирование требований безопасности при строительстве и эксплуатации медицинских учреждений, создании и использовании медицинских аппаратов, инструментов, предметов ухода, методов и средств диагностики, лечения и профилактики болезней; слабая материальная база ряда медицинских учреждений; отсутствие системы учета, отчетности, анализа большинства форм ятрогенных заболеваний; недоверие значительной части населения к деятельности органов здравоохранения.

Указанные группы факторов риска развития ятрогений имеют определенное значение для распространения всех групп ятрогений, однако каждая из них имеет свою специфику.

Последствия ятрогений. Многочисленные данные литературы свидетельствуют о том, что медицинские, экономические и социальные последствия ятрогений многообразны и тяжелы.

Медицинские последствия выражаются прежде всего в увеличении показателей заболеваемости, летальности и смертности. Ятрогенные заболевания часто являются причиной длительной утраты здоровья и даже инвалидизации. Особенно это характерно для хронических инфекций, лекарственных аллергий и постоперативных синдромов.

Экономические последствия выражаются в увеличении стоимости лечения и ухода, трудовых потерях, затратах на социальное обеспечение, в снижении трудоспособности, экономических потерях для семьи больного.

Правовой этический аспект последствий ятрогений менее разработан. Здесь на первое место выходит проблема взаимоотношений между врачом и пациентом. Особенность этих отношений состоит в том, что интересы врача и больного полностью совпадают: пациент по собственной инициативе обращается к врачу за получением медицинской помощи, а врач, исходя из своего профессионального и нравственного долга, обеспечивает возможно более быстрое и полное восстановление его здоровья. Главным регулятором отношений в этом случае выступают этические категории: доверие пациента к врачу и совесть и долг врача. Однако, оказывая медицинскую помощь, врач нередко наносит вред здоровью человека, а пациент, обращаясь к врачу с целью избавиться от одной болезни, рискует получить новую, иногда более тяжелую, чем та, с которой он обратился к врачу. В результате отношения между врачом и пациентом осложняются.

3. Профилактика ятрогений

Ятрогенные заболевания проявляются гл. обр. невротическими реакциями, включающими различные варианты вегетативной дисфункции. В зависимости от характера психотравмы и особенностей личности вегетативные расстройства могут иметь генерализованный характер или выражаться преимущественной дисфункцией сердечно-сосудистой (аритмия сердца, изменения АД и др. ), пищеварительной (изжога, рвота, расстройства стула) и других систем в сочетании с различными патол. ощущениями и депрессивным состоянием. Основной метод лечения ятрогений - психотерапия, дополняемая при необходимости симптоматическим лечением - применением транквилизаторов, антидепрессантов и других психотропных средств. Недопустимо сообщать больному, что заболевание у него отсутствует и лечиться не надо. Медработники должны помнить, что ятрогения - это заболевание, требующее тщательного изучения особенностей личности больного, знания его социальной среды. При тяжелом течении Я. з. требуется помощь психотерапевта или психиатра. Прогноз ятрогений в большинстве случаев благоприятный, при своевременной и правильной терапии выздоровление наступает через несколько недель или месяцев. Позднее распознавание ятрогенных заболеваний способствует затяжному ее течению и ухудшает прогноз. Профилактика начинается с высоконравственного, гуманистического воспитания медиков в процессе их обучения и деятельности, с глубокого усвоения будущими медработниками принципов мед. деонтологии, в основе к-рых лежат чуткое отношение, сострадание к больному. Медработники должны сознавать ответственность за "словесную асептику", необходимость постоянного контроля своего поведения (интонаций, взглядов, жестов), к-рое может быть неправильно истолковано пациентом. Продуманным должно быть содержание выдаваемой больным мед. документации. Особую осторожность надо проявлять при оказании медпомощи самим медработникам, у к-рых ятрогении относительно часты, а их лечение представляет трудности в связи с нередко повышенной устойчивостью к психотерапии. Для предупреждения Я. з. необходимо проводить систематическую воспитательную работу со всем персоналом, общающимся с больными. Система мед. воспитания населения должна исключать поверхностное, дилетантское обучение самодиагностике, способствующее распространению ятрогенных заболеваний.

Заключение

Высокий риск развития заболеваний в процессе получения медицинской помощи, использование психиатрии в целях преследования политических противников, закрытость работы медицинских учреждений, полная зависимость пациента от врача в отношении его здоровья и жизни, корпоративность поведения многих врачей, множество конфликтных ситуаций между медицинскими работниками и больными привели к снижению и даже утрате доверия к некоторым врачам и медицине в целом. Доверие к врачу больше не выполняет в полной мере роль нравственного регулятора отношений между врачом и пациентом, между населением и здравоохранением. Второй нравственный регулятор — совесть и долг врача — в силу ряда обстоятельств снизил свой порог и больше не является достаточно надежным критерием безопасности медицинской помощи.

**Невозможность решить сложные этические проблемы современной медицины призывами к пациентам о доверии к врачам и к врачам об их долге и совести привела к выдвижению новой концепции оказания медицинской помощи, которая получила название "модель партнерства" (сотрудничества). Согласно этой модели, отношения между врачом и пациентом должны определяться информированным и добровольным согласием больного (а иногда и его родственников) на все элементы медицинской помощи, связанные с диагностикой, лечением и профилактикой.**

Свобода решения в клинической деятельности врача в современной модели сотрудничества ограничивается и приобретает гласность. Врач выполняет в ней функцию информатора о состоянии здоровья пациента, советника по выбору оптимального решения, касающегося восстановления здоровья, и исполнителя этого решения. Наряду с другой информацией пациент должен знать о риске развития, степени и характере возможных осложнений в случаях его госпитализации и проведения медицинских вмешательств, а также о результатах расследования, если таковое возникло. Это накладывает на врача дополнительную моральную ответственность, заставляет его еще и еще раз проанализировать состояние больного и пути лечения и в то же время снижает моральный груз, так как мера ответственности за неблагоприятный исход заболевания и лечения делится между врачом и больным.

Полная информированность пациента о состоянии своего здоровья, его активное участие в выборе путей восстановления здоровья устанавливают необходимую степень доверия к врачу, повышают ответственность больного за исход лечения, снижает частоту конфликтных ситуаций между врачом и пациентом на этической почве. Модель сотрудничества делает более реальной юридическую ответственность врача за допущенные ошибки вплоть до материальной компенсации и уголовного преследования. Все это важные предпосылки для резкого снижения числа ятрогенных заболеваний.

Широкое распространение ятрогении требует несколько иной трактовки таких вопросов медицинской этики, как врачебная тайна, принудительное оказание медицинской помощи, апробация новых методов и лекарств на людях и др.

**Литература**

1. Балясный М.М. О расширении понятия ятрогения и ее новой классификации // Новые методы диагностики, лечения и профилактики нервных и психических болезней. — Харьков, 1982. - С. 375.

2. Белозеров Е.С. Медикаментозные осложнения. — Алма-Ата, 1981. - 192 с.

3. Гайдук Ф.М., Скугаревская Е. И., Важенин М.М., Скугаревский О.А. Параятрогенные психические нарушения // Неблагоприятные эффекты современных методов лечения. — Мн., 1993. - С. 52.

4. Долецкий С.Я. Ятрогении. - М., 1989. - 32 с.

5. Красильников А. П. Проблема безопасности медицинской помощи // Неблагоприятные эффекты современных методов лечения. — Мн., 1993. — С. 14.

6. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и постятрогенные заболевания. — М., 1977. — 112 с.

7. Интернет.