



## Шановні колеги!

### Дорогі вірні читачі «Жіночого лікаря»!

*Primum non nocere* — найдавніший принцип медицини. Минуло багато віків, але дотепер це закон для кожного лікаря.

Здавалося б, усе зрозуміло: лікар — не Господь Бог, може зіткнутися із ситуаціями, в яких не здатен допомогти, але зобов'язаний не зашкодити. Інакше кажучи, не можна робити зайвого, тобто того, що не є показаним конкретному пацієнту в конкретній клінічній ситуації. Постає питання, як визначити це «зайве». Жоден лікар свідомо не завдасть шкоди хворому, тож, призначаючи будь-яке втручання, він вважає його потрібним, корисним, виправданим. Проте лікар, як звичайна людина, може помилятися. *Errare humanum est*.

На жаль, «можливості» лікаря зашкодити хворій людині з часів Гіппократа до наших днів зросли неймовірно.

Працюючи в медицині понад 40 років, переконався, що зробити зайве небезпечніше, ніж не зробити потрібне. Чому? Питання складне, точної відповіді не існує, але спробую пояснити свою думку. Організм людини має величезний потенціал для подолання хвороб. Цей потенціал у першу чергу сконцентровано у досконалій багаторівневій системі імунітету. Вона значно ефективніше і точніше, цілеспрямованіше бореться з інфекціями, ніж протимікробні засоби, а з новоутвореннями — ніж променева терапія та хіміотерапевтичні препарати. Нервові та гуморальні регуляторно-адаптаційні механізми дозволяють організмові мобілізуватися для боротьби з багатьма неінфекційними недугами. Спеціальна система детоксикації, знешкодження будь-яких ксенобіотиків протистоїть різноманітним токсичним впливам. Завдання лікаря — не заважати цим та іншим еволюційно сформованим біологічним механізмам боротися з хворобами на різних стадіях патогенезу, починаючи з початкових, доклінічних, латентних. Отже, якщо лікар робить зайве, призначає непотрібні у даному випадку ліки, він, цілком можливо, мимоволі втручається у процес боротьби організму з хворобою, причому не на боці організму. Якщо ж він чогось недоробив, недопризначив, то, так би мовити, несвідомо поклався на потужні захисні сили організму у подоланні хвороби.



Вже уявляю, як прихильники агресивно-інтенсивного лікування будь-яких, у тому числі лабораторних, відхилень від норми даватимуть мені відсіч! Якій нищівній критиці піддадуть. Готовий до цього. Ясно усвідомлюю, що коли висуваєш суперечливу ідею, неочевидне положення, нестандартну думку, слід очікувати на неприємну для тебе реакцію. Проходив таке у житті неодноразово. Тому дозвольте докладніше пояснити свою точку зору.

Як переконаний прихильник доказової медицини, вважаю, що усі доведено корисні для пацієнта лікувальні заходи мають бути нормативно затверджені. Своєю чергою, усі нормативні заходи лікарем мають бути дотримані на 100 %. Інакше кажучи, якщо існує затверджений норматив (стандарт медичної допомоги, клінічний протокол), для лікаря — це обов'язкове керівництво до дії. За наявності такого документу чогось недоробити, недопризначити лікар не може, не має права. Мова тут про інше. Я проти призначень «зі стелі», вигаданих призначень, не прописаних у нормативних документах. Саме такі заходи вважаю зайвими і небезпечними.

Кілька прикладів з акушерської практики. Введення сульфату магнію у разі скарг на болі у нижній частині живота в будь-які терміни вагітності. Призначення ацетилсаліцилової кислоти або низькомолекулярного гепарину для зниження концентрації фібриногену в крові. Накладання циркулярного шва на шийку матки в плановому порядку за багатоплодової вагітності. Антенатальне застосування глюкокортикостероїдів за відсутності інструментальних і лабораторних ознак загрозливих передчасних пологів. Використання прогестерону за першої вагітності. Повторне призначення антибіотиків (інколи ще й внутрішньовенно) при безсимптомній бактеріурії.

Усі наведені вище приклади — це дуже поширені й, повірте, не найяскравіші ілюстрації шкідливих лікарських дій. Я свідомо утримався від опису численних екзотичних і явно експериментальних призначень наших лікарів, якими нерідко був просто шокований. Не хотів загострювати й без того гостру тему, навівши приклади лише тих втручань, шкоду від кожного з яких доведено остаточно. Може колись опишу й інші...

Що далі? Чи розраховую на зменшення кількості зайвих і шкідливих призначень? Якби не розраховував, не писав би. Сподіваюся, що принаймні посіяв сумніви у голови та душі колеги, які прочитали написане. Може наступного разу вони замисляться, чи варто так чинити.

Проте, повернімося до другої частини твердження, а саме «...ніж не зробити потрібне». Як може лікар не зробити того, що потрібно хворому? Вище я вже писав, що в разі стандартної клінічної ситуації та наявності затвердженого нормативного документу такого бути не може. А у нестандартних ситуаціях, складних незрозумілих випадках, за гострих станів лікар може не зробити того, що згодом, ретроспективно, після проведення додаткових досліджень, обговорення експертами тощо, буде визнано доцільним, правильним, необхідним. Таке цілком можливо. Але ж лікар діє в реальному часі — тут і зараз. Тому він має право на помилку, головне — не зашкодити, не обтяжити ситуацію, не пришвидшити перебіг хвороби. Ризикувати, експериментувати лікар права не має. Саме про це я хотів сказати сьогодні нашим читачам.

*Primum non nocere!*

З побажаннями професійності, мудрості та удачі.

Науковий редактор журналу «Жіночий лікар»,  
член-кореспондент НАМН України, проф.  
**Володимир Медведь**

