

Природа врачебных ошибок

Тетенев Ф.Ф.

Nature of physicians' mistakes

Tetenev F.F.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Тетенев Ф.Ф.

Диагностические врачебные ошибки неизбежны, что обусловлено особенностью клинического мышления, связанного с отсутствием специфических симптомов и синдромов в отношении нозологических форм. Несмотря на внедрение высоких технологий, развитие возможностей ранней доклинической диагностики и первичной профилактики многих заболеваний, значение и роль традиционных клинических методов обследования (расспрос и физическое исследование) пациента не снижаются, а возрастают. Свести к минимуму врачебные ошибки и облегчить их последствия поможет основательная теоретическая подготовка врача, включающая знания теории диагностики, безупречное владение традиционными клиническими методами обследования больного, а также рациональное использование высоких диагностических технологий.

Ключевые слова: диагностика, клиническая практика, врачебные ошибки.

Diagnosis physicians' mistakes are inevitable which is due to peculiarities of clinical thinking associated with absence of specific symptoms and syndromes as concerns nosologic forms. Despite to introduction of high technologies, the development of early preclinical diagnosis possibilities and primary prevention of many diseases, value of traditional clinical methods of examination (questionnaires and physical examination) not decreases but increases. To minimize physicians' mistakes and to decrease their consequences will help thorough theoretical training of the physician including knowledge of diagnosis theory, faultless mastering of traditional clinical methods of patient's examination and rational using of high diagnosis technologies.

Key words: diagnosis, clinical practice, physician's mistakes.

УДК 616–035.7

До настоящего времени остается справедливым суждение И.А. Кассирского [10]: «...не существует стройного учения о врачебных ошибках, их происхождении, условиях возникновения и классификации, но, разумеется, жизнь и наука в преодолении ошибок идут вперед». В настоящем сообщении речь идет только о диагностических ошибках, которые во все времена — от Гиппократов до наших дней — являются сходными по существу. Об этом можно судить, читая теоретические труды врачей-философов прошлого и настоящего [2, 4—6, 8, 10, 12, 15, 22]. Диагностические ошибки связаны со спецификой клинического мышления [18], которая состоит в следующем:

1. Предмет исследования в клинической медицине чрезвычайно сложный, где неизвестного науке больше, чем известного.

2. Симптомы и синдромы, по которым строится диагноз, неспецифические в отношении к нозологическим формам.

3. Возможности обследования пациента по разным причинам ограничены.

4. Не все в клинической медицине поддается теоретическому осмыслению.

Перечисленное объясняет, почему диагностические ошибки в клинической медицине неизбежны. Клинический диагноз всегда содержит в большей или меньшей степени обоснованную гипотезу [2, 12], и при построении его не может быть прямолинейных однозначных суждений. Диагноз формируется по правилам, выработанным научным сообществом по наиболее надежным критериям, созданным опытным путем. Тем не менее при выполнении всех общепринятых правил диагноз может оказаться оши-

бочным. Практика показывает, что клинический диагноз может и после аутопсии остаться неясным в довольно высоком проценте случаев [3, 6].

Врачебные ошибки обычно обсуждают по принципу анализа конкретного ошибочного диагноза. Вместе с тем проблема врачебных ошибок имеет мировоззренческий аспект, теоретический анализ которого за частным явлением помогает видеть общие закономерности происхождения ошибок и вырабатывать способы защиты от них.

Конец XX — начало XXI в. характеризуется рядом существенных достижений науки вообще, медицинской науки и ее раздела — клинической науки — в частности. Эти достижения столь значительны, что не могут не оказывать влияния на мировоззрение клинициста. Еще не так давно безошибочным и непреложным воспринимался тезис о бесконечной и вечной вселенной, в который вкладывался смысл бесконечности жизни на Земле. Известно, однако, что Земле отмерен свой срок существования. Определенный срок жизни имеют и земные цивилизации, которые развиваются по своим внутренним законам. Понимание конечности существования цивилизации и самой Земли создает психологический дискомфорт: нужно ли так стремиться познавать истину, если она, как нам известно, в окончательном виде недостижима? В человеке, однако, природой заложено неудержимое стремление к познанию истины. Он будет стремиться к ней, все больше страдая от понимания недостижимости конечной цели. Эти переживания человека накладываются на адаптацию его к осознанию неотвратимости и своей смерти. В прошлом только религия уберегла человека от этого тяжелого стресса. Исследователи души человека не в теологическом, а в научном аспекте в течение последних лет пытаются убеждать, что смерть не так страшна, что она означает избавление от страданий.

Современная медицина при условии создания адекватной социальной базы способна обеспечить человеку жизнь до 100 лет. Сейчас мы близки к исполнению вековой мечты людей, оформленной в названии «человек». Однако это еще далеко до биологического долголетия. Грядущая интеграция восточной и западной медицинских школ [1] позволит сделать следующий скачок в достижении продолжительности жизни человека до 200 и даже 400 лет. Каким образом осуществить данную интеграцию, если теоретические

основы этих школ различны? Традиционной медицине Востока более 4 тыс. лет. Разделение медицины на научную и традиционную началось при Гиппократе. Современный уровень научной медицины может обеспечить познание секретов традиционной медицины и в диагностике, и в лечении. Для этого нужно еще преодолеть существующее пренебрежительное отношение к традиционной медицине, что проявляется в суждениях крупных современных клиницистов-философов, например, Х. Вульфа [4].

До сих пор большинство клиницистов считают, что болезни протекают прогредиентно по стадиям, когда возврата к полному здоровью нет. В настоящее время все настойчивее высказываются мысли не только о патологическом ремоделировании, но и об обратном ремоделировании, восстановлении тканей, клеток, рецепторов. Наиболее убедительно это проявилось в наблюдениях лечебного действия препаратов-ингибиторов АПФ.

Быстрое развитие высоких технологий (современная ультразвуковая диагностика, компьютерная томография высокого разрешения, магнитноядерная резонансная томография, радиоиммунные технологии, эндоскопия, биопсия) существенно изменяет диагностический процесс. Яркие выраженные клинические симптомы теперь выявляются редко, так как заболеваний стали диагностироваться на более ранних стадиях их развития. При этом снижается интерес к расспросу больного и физическим методам его обследования, что обезоруживает врача в той части клинических случаев, когда ранними симптомами заболеваний внутренних органов являются те, которые выявляются с помощью традиционных клинических методов. Поскольку это еще скрытые симптомы, выявить их можно, только строго выполняя методику исследования в классическом варианте. Такая категория клинического материала ориентировочно составляет 30% от числа всех больных. Оправдано ли в таких условиях снижение внимания клиницистов к физическим методам исследования? Зарубежная клиническая медицина требует от врачей общей практики, терапевтов, семейных врачей безупречного знания и умения выявить очень большой объем информации при физическом обследовании больного [11], что вполне справедливо.

Не претендуя на полноту освещения проблемы, врачебные диагностические ошибки можно разделить на шесть групп.

1. Ошибки, связанные с незнанием законов логики

Существует довольно категоричное суждение, что «большинство клиницистов просто не знают законов логики и пользуются ими неосознанно» [20, 21], «диагностические ошибки — это не столько результат недостаточной медицинской квалификации, сколько почти неотвратимое следствие незнания и нарушение элементарных требований законов логики» [12]. Такого же мнения придерживаются и другие исследователи [13]. Говоря о сложности применения формальной логики в клинической медицине, исследователи теории диагноза пытаются обосновать существование особой врачебной логики [17]. Это столько же искусственно, сколько выделение особых видов врачебной, инженерной и другой философии. Логика и философия — это науки, единые для человека любой профессии, любого вида деятельности.

Однако проведенный анализ показал неубедительность клинических примеров, с помощью которых авторы демонстрировали связь врачебных ошибок с незнанием определенных законов логики.

Во-первых, все известные диагностические алгоритмы построены с учетом законов логики. Иначе не может быть. К сожалению, диагностические алгоритмы сами по себе несовершенны, но и врач может использовать их не вполне корректно. Это уже не дефекты в знании логики, а либо дефект алгоритма, либо неправильное его применение в конкретной диагностической ситуации.

Во-вторых, логика нужна для формирования культуры речи, следовательно, — мышления, а знание философии формирует мировоззрение. Требования к мышлению врача, изложенные в работе К.Е. Тарасова и соавт. [17], представляются общими для специалистов любых профессий и не учитывающими специфику клинического мышления: «Мышление врача должно быть

- 1) определенным, однозначным и ясным;
- 2) последовательным, т.е. лишенным логической противоречивости;
- 3) доказательным и достаточно обоснованным».

К сожалению, однозначных решений в клинической медицине нет, и такие требования справедливы только в рамках действующих правил. Правила, одна-

ко, могут изменяться, кроме того, существуют исключения из правил. Например, врач выполнил общепринятые правила при постановке клинического диагноза, но диагноз оказался ложным, так как случай попал в число исключений из этих правил.

Несовершенство диагностических алгоритмов с позиции логики — очень сложный вопрос, касающийся проблемы определения понятия «сложный синдром» и разделения категорий «синдром» и «диагноз» (нозологическая форма) [16]. Это специальная проблема, профессиональная, требующая отдельного рассмотрения.

Все же значение знания законов логики и умения пользоваться ими в жизни, повседневной практике, в том числе профессиональной, велико, но в другом аспекте. Отсутствие внутреннего интуитивного чувства логики и незнание ее законов не позволяет полноценно понимать проблемы клинической диагностики, так как они сложнее таковых в тех областях деятельности человека, где возможна однозначность суждений. Конечно, лучше начинать изучение клинической медицины после предварительной подготовки по логике.

2. Ошибки от неведения и от невидения

Наиболее частой причиной врачебных диагностических ошибок является то, что врач не видит, не находит симптомы болезни. Когда симптомы заболевания выражены слабо, процент ошибок наиболее высок. Это вполне понятно, но весьма часто врач не видит даже достаточно отчетливо выраженные симптомы.

Приведем пример, когда врачи высокой квалификации дважды отказывались принять больного в стационар по скорой помощи, поскольку его жалобу на кашель они расценивали как проявление бронхита. Врачи выписывали больному бронхолитики, отхаркивающие средства и отправляли домой. А у больного между тем было выражено ортопноэ, повышена частота дыхания с напряжением дыхательной мускулатуры на вдохе. Правая граница относительной тупости сердца была смещена вправо (увеличение правого предсердия), чуть увеличена и болезненна при пальпации печень. Врач, отправлявший в дежурную по скорой помощи клинику, высказывал по телефону дежурному врачу свое предположение о сердечной астме у пациента. На второй день больной обра-

тился к дежурному врачу другого стационара. Только на третьи сутки ему провели рентгенографию грудной клетки и обнаружили огромное сердце. Спустя год пациент умер от фидлеровского миокардита.

Трудность диагностики состояла в том, что кашель у больного был эквивалентом сердечной астмы.

Подобных примеров из врачебной практики можно привести много. В значительной степени диагностическая ошибка в данном случае связана с психологическими нюансами диагностики.

Еще пример: девять врачей не находили «студенческого» симптома у больного до тех пор, пока десятый врач не указал им на этот симптом. Речь идет о систолическом дрожании на аорте у мужчины в возрасте 44 лет со стенозом аортального отверстия, как потом выяснилось, ревматической природы.

Процент такого рода диагностических ошибок установить сложно. Из приведенного примера понятно, что он очень высок. Ранее был приведен пример построения диагностической гипотезы по одному симптому, обнаруженному у пациента, — бронхиальному дыханию над легкими в правой надключичной ямке, когда не было и рентгеновских признаков неблагополучия в легких [19]. При беседе с практическими врачами выяснилось, что большинство из них не смогли назвать кардинальные признаки данного симптома. Можно ли надеяться, что эти врачи смогут диагностировать бронхиальное дыхание в подобном случае? Однако вопрос много сложнее, если представить ситуацию, что врачи знают механизм и признаки бронхиального дыхания, но не проводят аускультацию легких по классическим правилам. Сколько при этом будет диагностических ошибок? В итоге новообразование легких диагностируется в поздней стадии его развития.

Какой должна быть защита от описанной диагностической ошибки? Требуется систематическое подкрепление навыка физического обследования больного. Но и в этом случае число совершенных диагностических ошибок будет велико. Всем лицам в подобной ситуации проводить бронхоскопию вместо квалифицированной аускультации легких нереально и просто невозможно. То же самое касается компьютерной томографии.

Таким образом, врачебные ошибки от неведения и от невидения являются очень распространенными. Поиск симптомов — наиболее сложный раздел диаг-

ностики. С него начинается работа врача с пациентом (первый этап творческой работы) и продолжается в течение всего времени наблюдения за больным. Данный раздел творческой работы врача менее всего изучен. В нем содержится значительная доля психологических аспектов диагностики. Все это нуждается в специальном изучении.

В заключение можно отметить, что трудно считать число врачебных ошибок от неведения, а к ним еще добавляется огромное число ошибок от невидения.

3. Ошибки от нерациональной экономии мышления: симптом — диагноз

Во всех работах, посвященных теории диагностики, прослеживается обсуждение построения диагноза по принципу симптом — диагноз. Последнее справедливо только в связи с тем, что для построения диагностической гипотезы часто достаточно одного симптома. Это экономно, но только в тех случаях, когда нет других симптомов и когда диагноз оказался правильным. Скрупулезный анализ построения диагностической гипотезы показывает, что практически всегда оно идет по более сложному пути: симптом — синдром — диагноз. Это происходит чаще всего за пределами внимания. Важность соблюдения принципа построения диагноза симптом — синдром — диагноз можно пояснить на простом примере.

Семиология всегда лежит в основе дифференциального диагноза в связи с тем, что симптом и синдром — это неспецифическая информация о нозологической форме болезни. Семиология симптома, например, включает пять вероятных синдромов. В свою очередь, каждый синдром имеет свой список семиологии, включающий, например, пять нозологических единиц.

Память врача способна удерживать в среднем пять различных единиц из списка семиологии. В приведенном примере для симптома этот список может достигать 25, а для синдрома — всего 5 вероятных нозологических форм.

Следовательно, для построения диагностической гипотезы более рационально использовать синдром как с позиции экономии мышления, так и с позиции объема памяти врача. Серьезную проблему составляет процесс отсеивания большого количества гипотез, который в основном бывает успешным при построении клиниче-

ского диагноза. Компьютер подобную диагностическую ситуацию будет решать, изучая все 25 гипотез. Врач этого не делает. Почему он оперирует узким кругом гипотез? Здесь ситуация сходна с игрой в шахматы человека и ЭВМ. Шахматист проверяет не все возможные варианты, но выигрывает у ЭВМ. Опирируя более часто встречающимися нозологическими формами, врач в большинстве случаев бывает прав.

Однако, обсуждая ряд гипотез, врач не застрахован от того, что он упустил одну из гипотез, которая в дальнейшем окажется в роли нераспознанного диагноза.

4. Ошибки, связанные с невыполнением плана дифференциального диагноза

Анализ историй болезни терапевтических стационаров показывает, что практические врачи-клиницисты не фиксируют в истории болезни план дифференциального диагноза в классическом варианте. Обычно можно встретить план обследования больного, за которым угадывается план дифференциального диагноза. Каждая история болезни, по-видимому, не требует подробного и четкого изложения плана дифференциального диагноза. Это необходимо в случаях сложной клинической картины и больших диагностических затруднений. Тем не менее в таких историях болезни также нет четкого плана дифференциального диагноза.

В процессе обсуждения сложных клинко-анатомических параллелей врачам, представившим истории болезней, задавались два вопроса: каким был план дифференциального диагноза в рассматриваемом клиническом случае и какой синдром в клинической картине заболевания был основным? Ни на один из них не было получено надлежащего ответа.

Это свидетельствует, что врач не задумывался над дифференциальным диагнозом в должной мере. Первая фаза дифференциального диагноза состоит в определении основного синдрома. Вторая фаза заключается в перечислении семиологии этого синдрома, т.е. изложении плана дифференциального диагноза.

Если работа с выбранным синдромом на третьей — пятой фазах дифференциального диагноза окажется недостаточно убедительной, нужно изучать другой синдром и повторять данный алгоритм до тех пор, пока не будет получена достаточно убедительная

форма диагноза. В сложных клинических случаях бывает ситуация, когда ни один синдром не позволяет получить заключение, удовлетворяющее врача. При таком варианте следует рассмотреть семиологию всех синдромов, претендующих на основной, и поискать в этих списках наиболее часто повторяющиеся нозологические формы, среди которых может оказаться искомая диагностическая версия. Нельзя при этом забывать, что поиски наиболее убедительной гипотезы должны сопровождаться продолжением обследования больного и тщательного наблюдения за клинической картиной.

На вопрос о том, как часто встречаются врачебные ошибки, связанные с невыполнением плана дифференциального диагноза, нельзя дать ответ с математической точностью. Выполнение плана дифференциального диагноза не гарантирует защиту от врачебной ошибки, но в какой-то степени повышает ее, развивая клиническое мышление. Интересно отметить, что основные положения дифференциального диагноза хорошо известны, опубликованы, однако клиницисты ими не пользуются, пренебрегают ими.

5. Ошибки вследствие несвоевременного получения информации

Приведем пример. При обсуждении эпикриза неожиданно погибшего пациента была представлена рентгенограмма легких с картиной множественных мелкоочечных и покрупнее теней, симметрично во всех полях («снежная буря»). У пациента было кровохарканье и гипохромная анемия. Периодические обострения кашля связывали с хроническим бронхитом курильщика, а по поводу кровохарканья больной обследовался в противотуберкулезном диспансере, и туберкулез как причина кровохарканья был отвергнут. По результатам общего анализа крови, сделанного в поликлинике, был выявлен умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез и эозинофилия. Рентгенологическая картина легких соответствовала гемосидерозу легких, однако данное суждение, высказанное молодым врачом, посчитали неправдоподобным, и был поставлен ошибочный диагноз. По результатам аутопсии был поставлен диагноз идиопатического гемосидероза. Об этом заболевании не думали врачи, наблюдавшие пациента. О нем не знал и врач, высказавший суждение о гемосидерозе, однако в литературе, посвященной данному заболеванию, им

были найдены конкретные указания на идиопатический гемосидероз легких, в который укладывалась клиническая картина погибшего пациента. Тем не менее диагноз был оформлен несколькими часами раньше. В приведенном примере отчетливо проявились следующие ошибки:

1. Врачи не распознали гемосидероз при типичной его рентгеновской картине, хотя в обсуждении диагноза принимали участие и очень опытный рентгенолог, и терапевты, имевшие большой клинический стаж. Эту ошибку надо отнести ко второму виду происхождения ошибок (от неведения и от невидения).

2. Врач, высказавший предположение о гемосидерозе, не знал свойств этого синдрома, который может быть не только при врожденных и приобретенных пороках сердца, но бывает еще и идиопатический. Не обладая знаниями, невозможно отстаивать свое предположение. Нужно было изучать литературу. Секрет диагноза раскрылся позднее при чтении руководства по гематологии. Напрашивается вывод: нужно иметь оперативный доступ к литературе для получения необходимой информации. Прискорбно, что мысль о правильном диагнозе пришла уже после смерти больного. Ошибки можно было избежать с помощью коллегиального обсуждения клинической картины еще при жизни больного.

3. В данном примере была допущена еще одна ошибка — неправильный выбор основного синдрома, в качестве которого врачи выбрали синдром кровохарканья. Если за основу плана дифференциального диагноза взять «снежную бурю» как проявление какой-то диссеминации, то в семиологии такой картины легких будет не только туберкулез, но и многие причины диссеминации, в том числе идиопатический гемосидероз легких. Кровохарканье как очень серьезный симптом тоже следовало принять во внимание, но развернуть его в виде синдрома, т.е. детально описать все проявления и особенности. Симптом кровохарканья имеет весьма пространную семиологию, встречается много чаще без гемосидероза. В связи с этим нерационально было в основу дифференциального диагноза брать симптом кровохарканья, даже его синдром, хотя последний был основным в клинической картине. Гемосидероз легких в данном случае должен был рассматриваться как наиболее яркое морфологическое проявление болезни (морфологический компонент

диагноза), и семиология этого синдрома была ближе к нозологическому диагнозу.

В описанном примере с идиопатическим гемосидерозом проявился еще один важный аспект теории диагностики. Гипотеза, что изменения в легких — суть проявления гемосидероза, для врача, не знавшего об этом заболевании, было открытием. Гемосидероз ранее он наблюдал у больных с митральным стенозом. В рассматриваемом случае порока сердца не было, но был гемосидероз легких. Может быть, это другая причина гемосидероза? Изучение свойств симптомов и синдромов, таким образом, дает возможность создавать подобные гипотезы не по озарению, а по осмысленному с теоретических позиций знанию.

Описанный пример подчеркивает одну из важных причин врачебных ошибок — несвоевременное получение информации. Данный вопрос можно решать, имея под руками руководства по разным аспектам клинической медицины. Еще более эффективной в этом отношении является компьютерная программа *up to day* и Интернет. Пример, однако, еще демонстрирует важность возникновения гипотезы, которая указывает путь поиска информации.

6. Ошибки, связанные с неправильным выбором основного синдрома

Предлагаемый вниманию читателей род врачебных ошибок касается клинических случаев, представляющих сложность для диагностики. Ключом для постановки диагноза в таких условиях является правильный выбор основного синдрома. При использовании методики и прямого, и дифференциального диагноза диагностическая гипотеза формируется по семиологии основного синдрома. Если врач, выбирая основной синдром, ошибся, то семиология ошибочно выбранного синдрома приводит к ошибочной диагностической гипотезе.

Неправильный выбор основного синдрома как отдельный вид причин диагностических ошибок выделить трудно. Тем не менее выбор основного синдрома составляет особую проблему. Понятие основного синдрома неоднозначное:

1. Основной синдром — это синдром, определяющий нозологическую форму.

2. Основной синдром весьма часто определяет тяжесть состояния больного либо непосредственно, либо являясь следствием другого синдрома, определяющего нозологическую форму.

Как подойти к проблеме выбора основного синдрома? Прежде всего, надо классифицировать синдромы по наиболее общим признакам клинического проявления:

- 1) проявление болезни:
 - местное;
 - общее;
- 2) течение болезни:
 - острое;
 - хроническое;
- 3) проявление симптомов:
 - яркое;
 - скрытое;
- 4) изменения органов:
 - морфологические;
 - функциональные.

В приведенной классификации синдромов ничего принципиально нового нет. Первые два вида проявления болезни использовал П.А. Чаруковский [7] с дидактическими целями.

Общая воспалительная реакция организма на патологический процесс в каком-то органе может создавать различные диагностические сложности. Выраженная общая воспалительная реакция может определять тяжесть состояния больного, но для постановки диагноза она не является основным синдромом, так как семиология этого синдрома весьма пространная. Она является следствием локального воспалительного процесса. Нужно найти локализацию местного патологического процесса, и этот синдром должен быть основным. Семиология синдрома локального воспаления, поражения какого-то органа значительно уже, и из нее легче выбрать нозологическую форму в качестве гипотезы. Допустим, воспаление легких проявляется выраженной общевоспалительной реакцией: лихорадкой, изменениями в крови, другими осложнениями. Местное проявление воспаления может быть завуалированным. Возможна обратная ситуация, когда общая воспалительная реакция не выражена, а локальные изменения могут быть разной степени выраженности.

Общая воспалительная реакция может быть основным синдромом, например, генерализованного

васкулита при коллагенозах. Поражение внутренних органов-мишеней в данном случае представляется следствием. Такая диагностическая гипотеза возникает чаще всего в процессе дифференциального диагноза, когда отвергается другая природа воспаления.

Проблема выбора основного синдрома исключительно важна при диагностике urgentных состояний.

Заключение

В качестве заключения в общих чертах следует обозначить основные направления, учет которых может свести к минимуму количество врачебных ошибок и облегчить их последствия в современных условиях.

1. Врач должен постоянно учиться, иметь основательную теоретическую подготовку. При этом нужен не просто объем знаний, а систематизация теоретических знаний с помощью теории диагностики, что может стать более надежной защитой от врачебных ошибок.

2. Исследование жалоб больного и анализа заболевания в целом должно быть основательным. Когда пациент предъявляет массу жалоб, у него имеется тревога о состоянии своего здоровья. В данном случае пациента нужно отнести к одной из категорий:

а) если это патология нервной деятельности, то найти ответ на вопрос о диагнозе может помочь психиатр или психолог;

б) если это заболевание внутренних органов, оно должно иметь какое-то конкретное проявление. Для таких пациентов характерен синдром госпитальной абстиненции как манифестация доклинической фазы соматического заболевания [9]. Если у пациента нет явных проявлений соматических симптомов, его нужно наблюдать с целью своевременного выявления этих симптомов.

3. Физическое исследование пациента нужно проводить особенно внимательно, в классической форме, так как необходимо выявить самые минимальные проявления патологии. Нельзя забывать, что в 25—30% клинических случаев симптомы, выявляемые при физическом исследовании, бывают ранними.

4. Выбор достаточно информативных параклинических методов исследования, позволяющих выявить ранние доклинические признаки анатомических и (или) функциональных изменений органов и систем, должен быть рациональным.

5. Нельзя оставлять пациента без внимания. Ему нужно рекомендовать определенный, обоснованный план повторных обследований.

Очень важной для практикующего врача является обеспеченность оперативной информацией справочного характера по вопросам диагностики, лечения, новейших лечебно-диагностических доктрин. Наконец, особое значение имеет конкретная психологическая подготовка врача к предстоящему обследованию больного, выработка способности сконцентрировать внимание на изучении конкретного пациента.

Литература

1. *Аттили де Альберто*. Сравнительный анализ влияния китайской и западной философии на развитие традиционной китайской и западной медицины // Традиционная медицина. Восток и Запад. 2004. № 1 (2). С. 41—44.
2. *Боткин С.П.* Общие основы клинической медицины. Речь, произнесенная на торжественном Акте в Императорской военно-медицинской академии. СПб., 1886. 20 с.
3. *Ошибки клинической диагностики* / Под ред. С.С. Вайль. Л., 1961.
4. *Вульф Х.Р.* История развития клинического мышления // Междунар. журн. мед. практики. 2005. № 1. С. 12—20.
5. *Глязер Г.* О мышлении в медицине: Пер. с нем. М., 1969. 267 с.
6. *Давыдовский И.В.* Проблемы причинности в медицине (этиология). М.: Медицина, 1962. 176 с.
7. *Зикеев П.Д.* Прохор Алексеевич Чаруковский // Клин. мед. 1966. Т. 44. № 11. С. 152—154.
8. *Казначеев В.П., Куимов А.Д.* Клинический диагноз. Новосибирск, 1984. 94 с.
9. *Карзилов А.И.* Синдром госпитальной абстиненции // Клинич. медицина. 2000. № 11. С. 49—53.
10. *Кассирский И.А.* О врачевании. М., 1970. 271 с.
11. *Маджони С.* Секреты клинической диагностики: Пер. с англ. М.: БИНОМ, 2004. 608 с.
12. *Осипов И.Н.* Причины диагностических ошибок в педиатрии. М.: Медицина, 1967. 148 с.
13. *Попов А.С., Кондратьев В.Г.* Очерки методологии клинического мышления. Л.: Медицина, 1972. 183 с.
14. *Рейнберг Г.А.* Методика диагноза. М., 1951. 72 с.
15. *Ригельман Р.* Как избежать врачебных ошибок. Книга практических врачей: Пер. с англ. М.: Практика, 1994. 208 с.
16. *Серов В.В.* Медико-биологическая оценка основных клинических понятий: синдром, нозологическая форма, группа болезней // Бюл. эксперим. биология и медицина. 1997. Т. 123. № 3. С. 244—247.
17. *Тарасов К.Е., Беликов В.К., Фролова А.М.* Логика и семиотика диагноза. М., 1989. 271 с.
18. *Тетенев Ф.Ф.* Новые теории — в XXI век. 2-е изд., перераб., испр. и доп. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2003. 212 с.
19. *Тетенев Ф.Ф.* Как научиться профессиональному комментарию клинической картины. Томск: Чародей, 2005. 175 с.
20. *Чазов Е.И.* Очерки неотложной кардиологии. М.: Медицина, 1973. 176 с.
21. *Чазов Е.И.* Основные принципы диагностики. Методология диагноза в современной клинике // Терапевт. арх. 1981. № 5. С. 3—8.
22. *Чиж В.Ф.* Методология диагноза. СПб., 1913. 58 с.

Поступила в редакцию 20.12.2005 г.