

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ТАК НАЗЫВАЕМЫХ «БЫСТРЫХ ДИАГНОЗОВ ПО ИНТУИЦИИ», А ТАКЖЕ РОЛИ ЛАБОРАТОРНО – ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПРОИСХОЖДЕНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ

И.Я.СУЛТАНОВ

Больница №53, 5-е терапевтическое отделение. Москва 109432, ул. Трофимова 26.

В статье анализируются диагностические ошибки как объективного, так и субъективного характера, являющиеся следствием увлечения врачами так называемыми «быстрыми диагнозами по интуиции», а также связанные с ошибками параклинических служб или неверной трактовкой клиницистами данных лабораторно – инструментальных исследований.

Ключевые слова: диагностические ошибки, лабораторные методы исследования.

Под диагностической ошибкой следует понимать ошибку, возникшую на одном из этапов распознавания заболевания, в результате которой диагноз ставится неверным, неточным или недостаточно полным. Диагностическая ошибка ведёт, в конечном итоге, к врачебной ошибке, которая помимо ошибок в постановке диагноза включает также ошибки в лечении, прогнозе, экспертизе трудоспособности.

Причин, приводящих к диагностическим ошибкам, может быть много. К одной из таких причин относятся и так называемые «быстрые» диагнозы по интуиции. Мы не отрицаем возможность подобных диагнозов, но призываем к осторожному отношению к ним.

Интуицию следует рассматривать в связи с теорией познания. С этой точки зрения интуиция, по определению А.Ф. Билибина и Г.И. Царегородцева, есть «способность предугадывать целое раньше, чем в наличии окажутся все части этого целого», есть «способность охватывать в воображении самое существо отношений раньше, чем эти отношения будут исследованы» [1].

Предшествующий опыт и работа мысли – вот что лежит в фундаменте интуиции. В диагнозе по интуиции реализуется огромное число скопившихся в мыслительном аппарате врача ассоциаций, информативных запасов. Интуиция стоит в одном ряду с логическим мышлением и потому может быть продуктивно применена лишь при определённой дисциплинированности мышления, в частности, врачебного.

В медицине интуиция имеет право гражданства, но диагноз, поставленный на её основе, обязательно требует практической проверки. Интуиция не может быть предметом своего рода кокетства. «Быстрый» диагноз по интуиции, поставленный опытным врачом, не одно и то же с «блестящими» диагнозами «с первого взгляда», которыми иногда злоупотребляют молодые врачи, не обладающие ни эрудицией, ни соответствующим опытом. Необходимо помнить, что интуиция не гарантирует от ошибок.

Таким образом, для того, чтобы через «маленькую деталь» увидеть целый процесс, то есть для того, чтобы подсознательно быстро синтезировать правильный диагноз, врач должен обладать знаниями, опытом, владеть логическими приёмами мышления. В противном случае это будет не более, чем самоуверенный дилетантизм, безграмотное угадывание диагноза без тщательного анализа данных, ведущее в конечном итоге к печальным последствиям.

Приведём подтверждающие это примеры.

Больная Ш., 69 лет, поступила в приёмное отделение с жалобами на озноб, температуру до 39, одышку, стеснение в груди. Врач, осматривавший больную, выслушал у неё в лёгких единичные влажные хрипы в нижних отделах. Пульс в пределах 100 уд. в 1 мин. АД – 140/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный.

У больной с ИБС, атеросклеротическим кардиосклерозом в анамнезе, была диагностирована острая пневмония и больная госпитализирована в терапевтическое отделение. На следующий день больная была осмотрена заведующим отделением. Выявлены: рожистое воспаление голени, ишемическая болезнь сердца без недостаточности кровообращения. Пневмонии в итоге не оказалось. Больная переведена в специализированное отделение.

Второй пример.

Больной Х., 64 лет, поступил с жалобами на тянущие боли внизу живота. Врач, осматривавший больного, диагностировал наличие спастического колита. Госпитализирован в терапевтическое отделение.

При осмотре больного другим врачом выявлена водянка яичка, о чём пациент стеснялся сказать. Больной переведён в урологическое отделение.

Оба диагностических ляпсуса связаны с постановкой «быстрых» диагнозов, когда не было всесторонне осмыслено состояние больных и не проводилось детального сбора анамнеза и объективных данных.

Приведённые примеры лишней раз свидетельствуют в пользу того, что диагноз всегда должен быть результатом тщательного сбора и глубокого анализа имеющихся фактов, а диагноз по интуиции допустим в исключительных случаях и только у опытных врачей.

И хотя бывает трудно чётко отдифференцировать этот тип причины диагностических ошибок от других типов, выделять его всё же, на наш взгляд, необходимо, ибо в практике он встречается нередко. По результатам нашего исследования ошибки диагноза по этой причине встречались в 2,7% случаев [2].

Не менее важным является и вопрос о роли лабораторно – инструментальных данных в работе врача, о серьёзности последствий ошибок при проведении исследований специалистами параклинических служб, ведущих к диагностическим ошибкам клинициста.

Общеизвестно, что врач не должен слепо преклоняться перед лабораторными и инструментальными данными, некритически относиться к ним, так как нередко случаи, когда заключения рентгенологов, гистологов, цитологов и других специалистов, сделанные в самой категоричной форме, не подтверждаются клиникой, результатами операций, вскрытиями.

Ошибки этого рода можно, казалось бы, отнести к субъективным причинам диагностических ошибок, так как они есть следствие чьих-то неправильных, неточных действий. Однако являясь субъективными для того, кто их допустил (лаборант, врач лаборатории, гистолог, эндоскопист и т.д.), они ведут к объективным ошибкам клинициста, так как он в процессе принятия решения у постели больного нередко полученные результаты лабораторно – инструментальных исследований принимает за основу, что в итоге приводит его на путь ложных умозаключений.

Больная С., 50 лет, поступила с жалобами на боли в эпигастрии, отсутствие аппетита, похудание. Больна около года. Лечилась амбулаторно с диагнозом: хронический гастрит с секреторной недостаточностью. В стационаре в процессе обследования больной была сделана гастроскопия. Выявлено резкое утолщение складок слизистой на всём протяжении желудка. Для уточнения характера поражения произведена гастробиопсия. Заключение: карциноматоз желудка.

С целью радикального лечения (резекция желудка) произведена операция, на которой выявлен гигантский гипертрофический гастрит (болезнь Менетрие).

Ошибка произошла вследствие неверного гистологического заключения.

Лабораторные анализы, вместе с тем, сами по себе не всегда патогномичны, не всегда могут абсолютно объективно отражать ту или иную определённую клиническую зависимость, часто весьма переменчивы. Врач должен помнить, что клиника – прежде всего, что только всесторонний анализ всех клинических данных может служить основанием для окончательного диагноза. Но это, в свою очередь, не снимает с ответственности с представителей параклинических служб за неверные заключения, уводящих врача в сторону от правильного диагноза.

Остановившись на этой стороне врачебной деятельности, следует иметь в виду и другую сторону вопроса. Не только чрезмерная вера в лабораторно – инструментальные результаты исследований, переоценка их, но и недооценка, неумение связать их с особенностями течения заболевания могут служить причиной диагностических ошибок.

В практике довольно часто наблюдаются ситуации, когда врач не может верно истолковать полученные результаты исследований, не разбирается в них, ложно их оценивает. Такой врач обычно лишь прочитывает заключение соответствующего

специалиста, не задумываясь над фактическими лабораторно – инструментальными показателями, не пытаясь вникнуть в них, осмыслить, сопоставить с другими имеющимися данными. Мы нередко встречались с этим в нашей работе.

Механически воспринимая полученные результаты врач не видит их связи с клиникой, не в силах через частное оценить целое. Ошибки в этих случаях неизбежны. Их было, по нашим данным, 3,15% от общего числа ошибок диагностики субъективного характера [3].

Об этом свидетельствует следующий случай.

Больная Ш., 63 лет, поступила с жалобами на сжимающие боли в области сердца, иррадиирующие под левую лопатку. Боли были быстро купированы нитроглицерином. В прошлом у больной боли в сердце возникали неоднократно, по поводу чего лечилась стационарно.

При осмотре состояние больной относительно удовлетворительное. Отёков нет. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушивались. Тоны сердца приглушены, пульс 82 уд. в 1 мин, ритмичен. АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Стул нормальный. Дизурии нет.

По электрокардиограмме сделано заключение, что имеются выраженные изменения миокарда. Врач не сопоставил снятую в больнице электрокардиограмму с имевшимися у больной старыми электрокардиограммами. Его успокоила запись, оставленная электрокардиографистом, не указавшим на возможность свежих очагов повреждения, но который предыдущих электрокардиограмм не видел. При сравнении же старых и последней электрокардиограмм чётко прослеживалась отрицательная динамика в грудных отведениях, свидетельствующая об инфаркте миокарда в переднебоковой стенке левого желудочка. Однако диагноз инфаркта миокарда выставлен не был. Через два дня после поступления больная внезапно умерла. На вскрытии: острый переднебоковой инфаркт миокарда.

Ошибка произошла вследствие недооценки врачом клинических и, главным образом, электрокардиографических данных, некритического восприятия заключения электрокардиографиста, отсутствия глубокого и вдумчивого анализа всех имеющихся инструментальных показателей.

По нашим данным, неправильная оценка результатов исследования крови имела в 19,3% от всех ошибок этого рода, анализов мочи – в 22,6%, электрокардиографических данных – в 23%, данных ультразвукового обследования – в 19,2%, данных эндоскопических исследований – в 9,4%, данных биопсий – в 6,5% (3).

Как указывал Н.В. Эльштейн, лишь в 20 – 25% случаев лабораторно – инструментальные данные способны ответить на все диагностические вопросы [4].

Одним словом, одновременно с ростом научно – технических достижений, расширяющих диагностические возможности врача, отмечается тревожная тенденция, говоря словами И.В. Давыдовского, «атрофии чисто клинического искусства распознавания» болезней (2). Однако повседневная практика показывает, что субъективный момент диагностики, то есть именно клиническое мышление врача у постели больного, не может полностью заменить никакое из ныне существующих технических средств.

Литература

1. Билибин А.Ф., Царегородцев Г.И. О клиническом мышлении. М., 1973.
2. Давыдовский И.В. Врачебные ошибки. Сов. мед. 1941; 3: 3 – 10.
3. Султанов И.Я. Ошибки диагностики в клинике внутренних болезней: Дис канд. мед. наук. М., 1994.
4. Эльштейн Н.В. Общедицинские проблемы терапевтической практики. - Таллин: Валгус, 1983.

ABOUT SOME PROBLEMS OF SO CALLED "QUICK DIAGNOSIS BY INTUITION", AND ROLE OF LABORATORY-INSTRUMENTAL METHODS IN GENERATION OF DIAGNOSTIC ERRORS IN MEDICAL PRACTICE.

I.Ja. SULTANOV.

Municipal Hospital № 53. 109432. Trofimova str. 26.

In the article diagnostic errors of objective and subjective character which are the consequence of following by intuition or connected with wrong interpretation of laboratory-instrumental data by doctors are analyzed.

Key words: diagnostic mistakes, laboratory methods of research.