

**О НЕКОТОРЫХ ТАК НАЗЫВАЕМЫХ ОБЪЕКТИВНЫХ ПРИЧИНАХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ
ОШИБОК В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ
(Часть 3)**

И.Я. СУЛТАНОВ, Ю.Г. КАЛАШНИКОВ

Больница № 53, 5-е терапевтическое отделение. 3-е кардиологическое отделение.
Москва 109432, ул. Трофимова 26.

В статье рассматриваются сложные и во многом спорные вопросы причин диагностических ошибок объективного характера, т.е. часто неизбежных, но которые врач, зная об этом аспекте своей практической работы, должен всегда стремиться преодолеть.

Ключевые слова: диагностические ошибки, объективные причины.

6. Кратковременность пребывания больного в больнице является одной из объективных причин диагностических ошибок, особенно в больницах скорой помощи (у нас – 15,38% случаев).

Мы уже говорили о том, как влияет лимит времени на качество диагностики в практике участковых врачей. Останавливались и на сложностях работы врача скорой медицинской помощи в условиях экстренной госпитализации. В данном случае, говоря о кратковременности пребывания больного в больнице, мы имеем в виду ситуацию, когда недостаток времени для правильной диагностики обусловлен сравнительно быстрым летальным исходом.

Причины диагностических ошибок в рассматриваемом аспекте проблемы во многом аналогичны тем, о которых шла речь в предыдущем разделе. Вместе с тем отметим, что одним из критериев правильного диагноза является эффективность проводимого лечения; в описываемом же варианте данный критерий не может быть использован.

Конечно, практический опыт врача играет в этих условиях неоценимую роль. Крайне важно быстро дать верную прогностическую оценку состояния больного при минимуме информации, уметь выделить решающие симптомы и по ним в предельно короткий срок, при наиболее экономных средствах распознавания, поставить достоверный диагноз. Естественно, эти условия несут в себе большую возможность диагностических ошибок.

Как один из путей их преодоления укажем, что поскольку в ургентной ситуации чаще обычного действует синдромный принцип диагностики (в отличие от нозологического), то потому именно в этих случаях наиболее эффективно использование диагностических алгоритмов, облегчающих распознавание болезни [1].

Проиллюстрируем примером диагностическую ошибку, возникшую вследствие кратковременного наблюдения за больным.

Больной И., 68 лет, поступил по скорой медицинской помощи в ночные часы с диагнозом: острое желудочное кровотечение. По словам больного у него отмечалась рвота с примесью крови, что и послужило основанием врачу скорой медицинской помощи для постановки данного диагноза. Из анамнеза больного известно, что в прошлом он злоупотреблял алкоголем.

Дежурный хирург, осматривавший больного в приёмном отделении, произвёл пальцевое исследование прямой кишки. Признаков желудочно – кишечного кровотечения не выявил: кал на перчатке обычного цвета.

В крови: Нв-10г/л., лейкоц.-10,0.

Отвергнув желудочно – кишечное кровотечение хирург пригласил на консультацию терапевта, который диагностировал у больного алкогольный цирроз печени. Однако уже при транспортировке больного в терапевтическое отделение у него возникла обильная рвота кровью, отмечалось резкое падение АД, и больной умер при явлениях нарастающей сердечно – сосудистой недостаточности. Труп был послан на секцию с диагнозом: алкогольный цирроз печени, активный, функционально – декомпенсированный, прогрессирующее течение. Кровотечение из варикозно – расширенных вен пищевода. На вскрытии: кровотечение из острой язвы желудка (в желудке 1,5 литра крови). Анемия внутренних органов.

Ошибка произошла вследствие отсутствия у врача времени для полноценного обследования больного. К тому же вся трагедия разыгралась в ночное время. Врач – хирург недооценил анамнестические данные о имевшей место кровавой рвоте, ориентируясь только на результаты ректального исследования. Врач – терапевт гипертрофировал указание на злоупотребление алкоголем.

Но ошибка была допущена не только из-за недостатка времени для обследования больного, хотя этот объективный фактор был налицо. В этой группе причин диагностических ошибок немалую роль играет и субъективный момент: знание, эрудиция, опыт врача, его интуиция.

7. Уже упоминалось, что редкие заболевания не играют решающей роли в определении процента диагностических ошибок, в том числе расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов. «Редкие болезни встречаются редко, частые — часто», — указывал Е.М. Тареев. Однако не учитывать их нельзя, также как и атипично протекающие заболевания со стёртой или необычной симптоматикой, запутанной клинической картиной.

По данным различных авторов, процент диагностических ошибок при атипичном течении заболевания, при редкости нозологической единицы, колеблется от 8,4 до 16,5%.(2). У нас этот показатель ниже — около 3%. Но в любом случае приведённые цифровые данные убедительно свидетельствуют о важности этой группы диагностических ошибок.

Приведём два примера, показывающих, как атипичное течение заболевания или редкое заболевание ведёт к возникновению диагностической ошибки.

Больная Н., 37 лет, поступила в отделение с жалобами на резко выраженную одышку, сухой кашель, боли в грудной клетке с обеих сторон, ознобы, слабость.

В прошлом у больной отмечались бронхиты. Данное ухудшение почти за два месяца до поступления, когда стала беспокоить одышка, головные боли. В связи с головными болями наблюдалась у невропатолога. За неделю до поступления состояние резко ухудшилось: усилилась одышка, появился субфебрилитет. Больная была консультирована фтизиатром. При рентгеноскопии грудной клетки диагностирована левосторонняя нижнедолевая пневмония и больная госпитализирована. Амбулаторно больная получала метациклин.

При поступлении состояние больной тяжёлое. Акроцианоз. Отёков нет. В лёгких перкуторно лёгочный звук. Дыхание жёсткое, хрипы не выслушивались. ЧД-до 38-40 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, пульс — 120 в 1 мин., ритмичен. АД-110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, б/болезненный. Печень + 1 см. Селезёнка не пальпировалась. Стул — норма. Дизурии нет. Со стороны центральной нервной системы без видимой патологии. Ан. крови: Нв-12г/л., лейкоц.-10,0, п-1, с-86, лимф.-7, м-6, СОЭ — 20мм/час. С-реактивный белок (++) Мочевина-8,3. Ан. мочи: уд. вес-1020, реакция — кислая. Белка и сахара нет. Лейкоциты — 0-1 в п/зр. При рентгеноскопии грудной клетки дано заключение: двухсторонняя бронхопневмония в нижних долях. На ЭКГ — синусовая тахикардия, диффузные изменения миокарда.

Больная получала массивные дозы антибиотиков, сердечные гликозиды, бронхолитики, дезинтоксикационные средства. Но, несмотря на проводимую терапию, состояние больной продолжало прогрессивно ухудшаться и на третий день пребывания в больнице больная умерла при явлениях нарастающей дыхательной недостаточности.

Диагноз больной вызвал значительные трудности. Высказывалось предположение о наличии у больной какого — то системного заболевания соединительной ткани. Однако на секцию труп был послан с диагнозом: острая двухсторонняя бронхопневмония на фоне хронического обструктивного бронхита, пневмосклероза. Острая лёгочная недостаточность.

На вскрытии: диффузный прогрессирующий интерстициальный фиброз лёгких (болезнь Хаммена — Рича). Смерть наступила от нарастающей лёгочной недостаточности.

Особенностью данного наблюдения являются быстро прогрессировавшее течение болезни и наличие резко выраженной одышки.

Причина диагностической ошибки в приведённом случае ясна: а) врачи, лечившие больную, впервые столкнулись с этой сравнительно редкой болезнью; б) прижизненная диагностика синдрома Хаммена — Рича трудна, патогномоничных клинических симптомов практически нет. Хотя заподозрить это заболевание можно.

Пример второй.

Больной М., 49 лет, поступил с жалобами на распирающие боли в животе, увеличение его в объёме, похудание, падение аппетита, слабость. Больным себя считает около полугода, когда стал отмечать похудание, снижение аппетита, утомляемость, слабость. При осмотре состояние средней тяжести. Периферические лимфоузлы не пальпировались. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, пульс до 90 в 1 мин., ритмичный. АД — 140/80 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, асцит. Вертикальный размер печени по Курлову 18 см. Селезёнка выступала из-под рёберного края на 4 см. Анализ крови: Нв — 13,8г/л., лейкоц.-10,2, э-1, с-30, лимф.-60, м-11, СОЭ-28мм/час. Альбумины крови-56%, глобулины: α₁-5,9%; α₂-13%; γ-12%; β-13%. Сахар крови — 8,0ммоль/л. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки, пищевода, желудка отклонений от нормы не выявлено.

Течение заболевания характеризовалось увеличением печени, селезёнки, истощением. От нарастающей кахексии больной умер.

Клинический диагноз: портальный цирроз печени, асцит, кахексия.

Патологоанатомический диагноз: генерализованная форма нодулярной лимфосаркомы (болезнь Брилла — Симмерса), асцит. На вскрытии выявлены увеличенные парааортальные и мезентериальные лимфоузлы. Гистологическое исследование диагноз подтвердило.

Сложность случая в том, что он протекал под клинической маской цирроза печени, с выраженной портальной гипертензией, обусловленной сдавлением воротной вены увеличенными лимфоузлами.

Болезнь Брилла – Симмерса редкое заболевание. Она составляет от 3 до 7% всех опухолей лимфатической ткани и вариантом лимфосарком. Диагностика этого заболевания встречает большие затруднения, что и подтвердил приведённый пример.

8. Система подготовки врачебных кадров любого профиля тесно связана с проблемой диагностических ошибок. Чем ниже уровень подготовки, тем больше ошибок.

Мы не ставим целью рассматривать этот вопрос в широком плане. Отметим лишь, что наиболее важным аспектом названной проблемы, т.е. проблемы качества подготовки, является, помимо непосредственного усвоения медицинских знаний, практика у постели больного, которая только и создаёт навыки для правильного творческого применения накопленных знаний, учит видеть ошибки, самостоятельно практически анализировать свои действия и решения. Без этого врач высокой квалификации невозможен.

К сожалению, в процессе обучения врача нередко на деле примат остаётся за пассивной теоретической подготовкой.

Медицина как наука лишена сплошь и рядом чётких критериев, математической точности, что порождает многие трудности. Именно поэтому врачу необходимо знание законов логики, владение принципами правильного логического мышления.

Врачебное мышление в целом осуществляется по общим законам человеческого мышления. В мыслительном процессе врача у постели больного преломляются основные элементы законов и требований формальной и диалектической логики, но вместе с тем необходимо учитывать и факт наличия специфических закономерностей врачебного мышления. Одной из таких особенностей является то, что диагностический процесс относится к числу вроде бы типично кибернетических процессов. При решении связанных с ним задач врач действует в соответствии с диагностическим алгоритмом, совершая на каждом новом витке диагностического процесса тот перечень последовательных действий, которые необходимы для достижения цели (постановки диагноза). В переводе на более простой язык, данная суть процесса диагностики – в переборе вариантов в поиске ответа на вопрос: «На что это более всего похоже?». Но одновременно с этим врач обязан при работе с больным учитывать индивидуальный характер течения болезни, увязывать ход заболевания с личностью пациента, его психикой, духовностью, прогнозировать как возможные исходы протекания патологического процесса, динамику его развития, так и итоги своих лечебно – диагностических манипуляций. В идеале врач в своей практической деятельности должен в каждом конкретном случае, как бы сложно это не было, подниматься до высот раскрытия сущности заболевания, до проникновения в суть природы явления и т.д., постоянно отыскивая противоречия в самом предмете исследования.

Собирая анамнез, обследуя больного, накапливая данные о нём, ставя первоначальный диагноз, сопоставляя его с некими «эталонными» образами болезней, врач чаще всего осознанно или неосознанно оперирует категориями формальной логики, ограничиваясь постановкой формально – логического диагноза, но даже если он по определению правильный, патогенетическим он будет лишь тогда, когда будет увязан с процессом развития патологических явлений, когда будет рассмотрен всесторонне с позиций диалектической логики, то есть будет отражать «исследуемый объект» (больного) во всех его связях и опосредованиях, в саморазвитии, самодвижении.[3,4]. Врача необходимо этому обучать применительно к медицинской практике. Не исключено, что со временем будут разработаны тесты, учитывающие специфичность врачебного мышления, и на этой основе будет осуществляться профессиональный, а не только «мотивационный» отбор при поступлении в медицинский вуз, ибо не секрет, что далеко не все по своим характерологическим и пр. данным пригодны для работы врачом и элемент случайности как при выборе молодыми людьми медицинской профессии, так и при допуске к ней, по-прежнему велик.

Думая о прогрессе медицины, и в частности диагностики, нельзя не учитывать изложенные выше моменты, даже если их решение – дело будущего.

9. Ошибки лабораторно – инструментальных исследований, ведущие к ошибкам в диагностике, также необходимо иметь в виду.

Ошибки этого рода можно, казалось бы, отнести к субъективным ошибкам, так как они есть следствие чьих-то неправильных, неточных действий. Однако являясь субъективными для того, кто их допустил (лаборант, врач лаборатории, рентгенолог 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.

В данном случае речь идет, таким образом, не о неверной трактовке верных лабораторно – инструментальных показателей, а именно об ошибочных данных, толкающих врача на путь ложных умозаключений.

Покажем это примером.

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.

Врач, однако, должен помнить, что сами по себе лабораторные данные не всегда могут абсолютно объективно отражать ту или иную определённую клиническую зависимость. Прав И.И. Бенедиктов, указывая, что «клиницист не должен возводить в неизблемый и неоспоримый закон заключения, которые даются рентгенологами, иммунологами, гистологами, цитологами и другими представителями лабораторно-диагностической службы» [4]. Только всесторонний анализ всех клинических данных может служить основанием для окончательного диагноза. Но это, в свою очередь, не снимает ответственности с представителей параклинических служб за неверные заключения, уводящих врача в сторону от правильного диагноза.

Литература

1. Султанов И.Я. Диагностический алгоритм как средство совершенствования навыков логического мышления врача // Вестник РУДН, серия «Терапия», 1995. - №1 - С.103-106.
2. Султанов И.Я. Ошибки диагностики в клинике внутренних болезней: Дис. канд. мед. наук. М. 1994.
3. Попов А.С., Кондратьев В.Г. Очерки методологии клинического мышления. М., 1972.
4. Бенедиктов И.И. Происхождение диагностических ошибок. – Свердловск: Средне-Уральское кн. изд-во, 1977.

ABOUT SOME OBJECTIVE REASONS OF DIAGNOSTIC MISTAKES (PART III)

I.Ja. SULTANOV. Ju.G. KALASHNIKOV

Municipal Hospital N 53. 109432. Moscow. Trofimova st 26

The article continues talking on complex and argumentative problem of objective causes of diagnostic mistakes. Such kind of mistakes are often inevitable. However, practitioner should always thoroughly seek for a reasonable explanation of the mistake and b (not less, or even more) attentive to the cause of a mistake, than to the mistake itself.