

**О НЕКОТОРЫХ ТАК НАЗЫВАЕМЫХ ОБЪЕКТИВНЫХ ПРИЧИНАХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ
ОШИБОК В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ
(ЧАСТЬ II)**

И.Я.СУЛТАНОВ

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

В статье продолжают рассматриваться сложные и часто спорные вопросы причин диагностических ошибок объективного характера, т.е. нередко неизбежных, не зависящих или почти не зависящих от врача. Но клиницист всякой диагностической ошибке должен тщательно искать разумное объяснение и к причине ошибки быть не менее, если не более, внимательным, чем к самой ошибке.

Ключевые слова: диагностические ошибки, объективные причины.

4. Место деятельности врача – важный фактор в вопросе происхождения диагностических ошибок. Многими исследованиями показано, что диагностические ошибки наиболее часто наблюдаются у врачей скорой помощи, что объясняется условиями их работы, не позволяющими при экстренной госпитализации провести необходимый комплекс обследований для уточнения диагноза. Притом наибольшее количество неправильных диагнозов приходится при госпитализации на ранние сроки от начала заболевания или рецидива, особенно на первые сутки, затем кривая расхождений диагнозов догоспитального этапа и стационара падает [1,5]. По нашим данным диагностические ошибки объективного характера у врачей скорой помощи встречались в 34,43 % случаев от общего числа этих ошибок, причём на первые сутки от начала заболевания приходится до 70% всех ошибок врачей СМП.

Чаще всего встречаются следующие ошибки диагностики СМП применительно к клинике внутренних болезней:

- гипердиагностика пневмоний при наличии острого бронхита или обострении хронического бронхита (37,2% от общего числа выявленных нами случаев неверных диагнозов врачей СМП, расцененных как объективные диагностические ошибки);

- гипердиагностика инфаркта миокарда при стенокардии и гиподиагностика его же (18,6%);

- ошибочная диагностика стенокардии при неврастенических реакциях и кардиалгиях различного генеза, (особенно часто при шейно-грудном остеохондрозе с корешковым синдромом) (11,3%);

- ошибки при дифференциальной диагностике бронхиальной и сердечной астмы (7%);

- при дифференциальной диагностике симптоматической (почечной) гипертонии и гипертонической болезни, пиелонефрита и гломерулонефрита (18,5%);

- при разграничении хронического гастрита и язвенной болезни, хотя эти больные чаще попадали вначале к хирургам и только затем передавались терапевтам (7,4%).

Однако необходимо отметить, что при рассмотрении этой группы ошибок нередко возникала некая «двойственность» при их оценке, ибо обращало на себя внимание, что ряд случаев не представлял из себя особой диагностической сложности, и при верном сборе анамнеза, правильном осмотре больных, отсутствии спешки диагноз вполне мог быть верно поставлен уже на догоспитальном этапе без всяких дополнительных методов обследования.

Чем объяснить эти диагностические ошибки? Наши личные наблюдения, контакты с врачами скорой медицинской помощи, анализ имеющихся данных позволяют сделать вывод, что нередко не столько недостаточная квалификация врачей СМП является причиной ошибочных диагнозов, сколько их «склонность» к гипердиагностике с целью обоснования госпитализации.

Но подобная логика врачей СМП, обусловленная вроде бы поиском последовательно простых решений организационных и лечебно-диагностических задач, является одной

из причин неэффективного использования стационаров, их перегруза по сути амбулаторными больными, чрезмерной трате сил и средств, закономерного превращения – особенно терапевтических отделений больниц СМП в зимний период – всё в возрастающих масштабах из лечебно-диагностических в некие медико-социальные подразделения в рамках учреждений здравоохранения, не предназначенных в целом для этой роли [2].

Однако критериев, позволяющих доказать, что данный диагноз являлся так сказать «транспортным» и был преднамеренно врачом СМП гипертрофирован с целью оправдания госпитализации больного, нет, и потому основная часть ошибок этого рода была отнесена нами в объективные диагностические ошибки, вызванные условиями работы врача скорой помощи, лимитом времени, отсутствием возможностей для консилиумов, обследования, недостаточным уровнем технического оснащения выездных бригад и пр., хотя, конечно же, нельзя сбрасывать со счёта и факт недостаточной профессиональной квалификации врачей СМП, неправильной трактовке ими жалоб больных, неумением собирать анамнез и т.д., что является уже субъективным компонентом причин совершаемых диагностических ошибок.

Мы, правда, всё же настойчиво пытались в ряде эпизодов отдифференцировать случаи ошибочной диагностики врачами СМП объективного характера от случаев явно субъективных. «Разрешающим» критерием мы считали такое относительное понятие, как тяжесть диагностируемой патологии, её угроза жизни больного. Если речь шла, например, о подозрении врача на какую – либо острую ситуацию в брюшной полости, либо о возможности развития у больного инфаркта миокарда и т.п., то перестраховочные действия врача СМП, на наш взгляд, были в интересах больного совершенно правильными, даже если в последующем диагноз не подтвердился. Разобраться на месте не всегда бывает возможным и опытному врачу. Но таких случаев, являющихся, по нашим данным, объективной причиной диагностической ошибки, не более 1/3 [3]. Выход на данном этапе из подобных коллизий, видимо, в расширении диагностических и транспортных возможностей приёмных отделений стационаров, где высококвалифицированные специалисты при наличии круглосуточной работы основных параклинических служб могли бы быстро разобраться в диагнозе больного и, не госпитализируя, отправить его на амбулаторное лечение.

В поликлинике качество диагностики обычно проверяется путём сравнения до-больничного и стационарного диагнозов. Этот анализ охватывает только госпитализированных больных. Остальные больные остаются вне контроля.

В нашем исследовании случаев, отнесённых к объективным причинам диагностических ошибок и выявленных путём сравнения поликлинического и стационарного диагнозов, было всего 17 (6,2% от общего числа (273) объективных диагностических ошибок или 18,1% от числа ошибок объективного характера, связанных с местом деятельности врача – 94). Чаще всего эти ошибки касались гипердиагностики пневмоний и нераспознанных симптоматических гипертензий.

Другой метод проверки – анализ амбулаторных карт. Он выявляет недостоверные диагнозы путём определения несоответствия диагноза записанным данным. Однако этот метод страдает тем серьёзным недостатком, что осуществляется без больного, обезличен. К тому же в условиях дефицита времени участковый врач не всегда успевает сделать обстоятельную запись, чем ставит под сомнение выставленный им диагноз, хотя он может быть и верен. То есть анализ документации, являющийся основным методом проверки качества диагностики врачами поликлиник, малоинформативен и далеко не всегда даёт истинную картину положения дел. Это всегда необходимо иметь в виду.

Секционные данные для поликлиник также не дают исчерпывающих данных о качестве диагностики, так как из умерших на дому вскрывают лишь 4 – 8% случаев [4,5].

Анализ литературных данных и данных собственных наблюдений позволяет отметить, что обычно в поликлиниках не редкость патологии является наиболее частой причиной диагностических ошибок. Количество ошибок зависит не только от

качества диагностики, но и от удельного веса данной патологии в структуре заболеваемости и летальности. Наибольшие трудности на поликлиническом этапе возникали, по нашим наблюдениям, при дифференциальной диагностике нейроциркуляторных астений и гипертонической болезни, хронического бронхита и острой пневмонии, гастрита и язвенной болезни желудка, стенокардии и остеохондроза грудного отдела позвоночника. Эти данные не противоречат данным других авторов.

Каковы наиболее частые причины ошибочной диагностики врачей поликлиники? Основных причин три. Об одной уже говорилось. Это недостаток времени, имеющегося у врача на осмотр больного. Вторая – квалификация врача. Чем она ниже, тем больше он совершает диагностических ошибок и тем выше роль заведующего отделением в контроле за качеством работы его подопечного. Необходимо подчеркнуть, что там, где зав. отделением периодически непосредственно присутствует на приемах своих сотрудников, давая на них оценку качества диагностики, а не только ограничивается контролем за качеством ведения документации, там ошибок совершается меньше. Третья причина – недостаточно высокие диагностические возможности поликлиники с точки зрения современных требований.

Так, при анализе амбулаторных карт, по нашим данным, из – за недостатка времени врачами поликлиники было совершено 48,5% всех диагностических ошибок, из – за недостаточной квалификации – 32,9% ошибок, из – за недостаточных диагностических возможностей поликлиники – 18,6%.

В стационаре диагностические ошибки по объективным причинам совершаются сравнительно реже. Наиболее часто они случаются при опухолевых заболеваниях (82% ошибок от числа всех случаев расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов, по нашим данным, касались группы больных с новообразованиями). Чаще ошибки диагностики случаются при раке поджелудочной железы, печени, почек. Причём почти 50% случаев ошибок диагностики раковых опухолей приходится на долю позднего их распознавания, когда из – за тяжести состояния больного или кратковременного его пребывания в больнице полноценное обследование было невозможно. Расхождения диагнозов бывают вызваны также неправильным распознаванием локализации опухоли.

Приведём случай подобной ошибки.

Больная Г., 58 лет, поступила с жалобами на боли в правом подреберье и эпигастрии, потерю в весе на 20 кг в течение года, неустойчивый стул, слабость. Температура периодически повышалась до 37,5. В связи с болями в животе неоднократно вызывала скорую медицинскую помощь. К участковому врачу обратилась только накануне госпитализации.

Состояние больной при поступлении средней тяжести. Кахектична. Кожные покровы бледные, склеры иктеричны. Лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, пульс – 100 уд. в 1 мин., ритмичен. АД – 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, несколько вздут. Печень на уровне пупка, плотная, бугристая, болезненная при пальпации. Стул жидкий. Дизурии нет.

В анализе крови у больной умеренная анемия – 10 г/л., СОЭ – 40 мм/час. В анализах мочи патологии не выявлено. При рентгенографическом исследовании грудной клетки патологии не выявлено. При ЭГДС – явления гастрита. При осмотре гинекологом – гинекологических заболеваний не обнаружено. Больная была экстренно консультирована онкологом, который констатировал наличие у больной первичного рака печени.

Все эти действия проводились врачами в приёмном отделении стационара, где больная и умерла через 3 часа после поступления.

Труп был направлен на вскрытие с диагнозом, сформулированным онкологом. На вскрытии: рак хвоста поджелудочной железы с метастазами в печень, регионарные лимфоузлы.

Ошибка, приведшая к расхождению диагнозов по локализации опухоли, произошла вследствие недостаточного обследования больной, ибо даже в условиях дефицита времени вполне можно было провести больной ультразвуковое исследование брюшной полости, что помогло бы врачам более точно верифицировать диагноз.

Среди ошибок диагностики осложнений, которые также необходимо принимать во внимание, нередко не диагностируется сепсис (частота развития которого в по-

следние годы возрастает), тромбоэмболические осложнения, интерстициальные отёки лёгких, внутренние кровотечения, пневмонии, эндокардиты, перикардиты, менингит.

Следует отметить, что чем выше уровень и возможности диагностики в стационаре, чем более тяжёлые больные туда поступают, чем тщательнее ведётся учёт допущенных диагностических ошибок и чем глубже они осмысливаются, анализируются, тем больше расходятся догоспитальные диагнозы и госпитальные. Необходимо также указать, что в больницах скорой медицинской помощи процент расхождений диагнозов всегда выше, чем не в больницах скорой медицинской помощи. То есть сама по себе частота ошибок не может служить абсолютным показателем качества деятельности лечебного учреждения без их всестороннего анализа.

Таким образом, место деятельности врача имеет существенное значение как один из причинных факторов, в той или иной степени влияющий на процесс возникновения диагностических ошибок.

5. Ряд объективных причин диагностических ошибок связаны с тяжестью больного, срочностью случая (1,6). В нашем исследовании таких случаев было 13,18%.

В медицинской практике приняты следующие обозначения состояний больного: удовлетворительное, относительно удовлетворительное, средней тяжести, тяжёлое, крайне тяжёлое. При всей условности и субъективности подобного деления оно позволяет врачу характеризовать с определённой степенью достоверности насколько серьёзно и опасно положение больного, велика ли угроза его жизни на момент осмотра.

Каждому врачу – практику известны трудности диагностики в случаях ургентной патологии, когда тяжелое состояние больного предельно затрудняло или делало невозможным проведение тех или иных обследований, нередко весьма необходимых для постановки правильного диагноза, лишало врача возможности методичного наблюдения за больным, не позволяло собрать подробный анамнез, тщательно выявить характер жалоб, динамику заболевания. Врач обязан был оказывать срочную медицинскую помощь, не вдаваясь в диагностические тонкости.

Родственники больного далеко не всегда могут предоставить врачу недостающую ему информацию о больном, нередко же невольно они могут ввести врача в заблуждение, давая неточные или неверные данные.

В этих условиях иногда даже большой опыт врача не позволяет ему поставить верный диагноз. И, как следствие, большое количество диагностических ошибок в случаях больных в тяжёлом и крайне тяжёлом состоянии. По нашим данным у больных, поступивших в стационар в этом состоянии, ошибки диагноза отмечаются в 12 – 14% случаев.

Приведём несколько примеров диагностических ошибок, возникающих вследствие тяжести состояния больного.

Больной С., 68 лет, поступил по скорой медицинской помощи с резкими загрудинными болями, иррадиирующими в шею и верхние конечности, возникшими внезапно несколько часов назад и не снимающимися нитроглицерином. В анамнезе у больного гипертоническая болезнь в течение 10 лет.

При осмотре состояние больного тяжёлое. Цианоз губ. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД – 22 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона и систолический шум над аортой. Пульс – 92 в 1 мин. АД – 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Стул в норме. Дизурии нет. На ЭКГ, снятой в приёмном отделении, признаков инфаркта миокарда нет. В крови умеренный лейкоцитоз – $9,1 \times 10^9$ /л. Тяжесть состояния больного не позволили врачу провести рентгенографическое и эхокардиографическое исследования. Но клиническая картина заставила дежурного врача диагностировать острый инфаркт миокарда. Когда через 24 часа после поступления больной умер, труп был послан на секцию с диагнозом: острый инфаркт миокарда, клинический.

На вскрытии – разрыв расслаивающей аневризмы аорты с развитием тампонады сердца. Инфаркта миокарда нет.

Второй случай.

Больной И., 47 лет, поступил с жалобами на ноющие боли в области сердца, сердцебиения, одышку в покое и при ходьбе, утомляемость, слабость. Состояние ухудшилось за месяц до поступления, когда стали нарастать выше названные жалобы. Отмечались также болевые ощущения в правом подреберье. Больной наблюдался терапевтом поликлиники с диагнозом: ишемическая болезнь сердца, стенокардия

покоя и напряжения. Получал терапию сердечными гликозидами, нитратами. В связи с неэффективностью амбулаторного лечения госпитализирован.

Объективно: состояние тяжёлое, пониженного питания. Кожные покровы бледные, с серым оттенком. Цианоз губ. Из-за выраженной одышки больной не может ходить. В лёгких большое количество застойных хрипов. ЧД – 26 в 1 мин. Сердце расширено вправо и влево. Тоны сердца глухие, пульс – 98 в 1 мин., слабого наполнения. АД – 100/80 мм рт. ст. Живот вздут. Печень отчётливо пальпируется, размеры 14 – 12 – 10 см. В крови: эр. – 3200000, лейкоциты – $12,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 34 мм/час, реакция на С-реактивный белок резко положительная. При рентгенографии: тень сердца резко увеличена, пульсация левого желудочка почти не определяется; заключение: перикардит. На ЭКГ: снижение вольтажа QRS в стандартных отведениях, подъём сегмента ST.

Больному был выставлен диагноз идиопатического выпотного перикардита и назначено лечение преднизолоном, сердечными и мочегонными средствами, антибиотиками (дигоксин, фуросемид, триампур, гентамицин, нитросорбит). Пункция миокарда не проводилась.

Прижизненная этиология перикардита оставалась не ясной. Не исключалась его ревматическая природа, хотя отсутствие клапанных поражений свидетельствовало против этого предположения. Данных за туберкулёз также не было получено.

Через 6 дней после поступления больной при явлениях нарастающей сердечной и сосудистой недостаточности скончался. Труп был послан на секцию с основным диагнозом: острый идиопатический выпотной перикардит.

На вскрытии: злокачественная опухоль средостения с развитием выпотного перикардита.

Причина диагностической ошибки в данном случае в том, что тяжесть состояния больного не позволила провести детально его обследование: эхокардиографию, томографию, скенирование сердца, сделать пункцию миокарда.

Литература.

1. *Бенедиктов И.И.* Происхождение диагностических ошибок. – Свердловск: Средне-Уральское изд-во, 1977.
2. *Султанов И.Я.* О возможности упорядочивания работы общетерапевтических отделений многопрофильных больниц в современных социально – демографических условиях // Вестник РУДН, серия Медицина. 2001; 2; 67 – 70.
3. *Султанов И.Я.* Ошибки диагностики в клинике внутренних болезней: Дис. канд. мед. наук. М., 1994.
4. *Эльштейн Н.В.* Современный врач и диагностические ошибки // Клиническая медицина. 1975; 9; 131-136.
5. *Эльштейн Н.В.* Общепедиатрические проблемы терапевтической практики. – Таллин: Выпуск, 1983.
6. *Ригельман Р.* Как избежать врачебных ошибок. М., 1994.

ABOUT SOME OBJECTIVE REASONS OF DIAGNOSTIC MISTAKES (PART II)

I.Ja. SULTANOV.

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 be (not less, or even more) attentive to the cause of a mistake, than to the mistake itself.