

О НЕКОТОРЫХ ТАК НАЗЫВАЕМЫХ ОБЪЕКТИВНЫХ ПРИЧИНАХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ

И.Я. СУЛТАНОВ

Больница №53, 5-е терапевтическое 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 в своей практической работе, должен всегда стремиться преодолеть.

Ключевые слова: диагноз, профессия врача.

В свое время И.В. Давыдовским была выдвинута идея, выдержавшая испытание временем, делить все диагностические ошибки на объективные – не зависящие или почти не зависящие от врача, и субъективные – всецело от врача зависящие [1].

Под объективными ошибками понимаются ошибки, обусловленные недостаточным уровнем развития науки, низкой степенью технической оснащенности лечебных учреждений, чрезмерно большим объемом практической нагрузки на врача, условиями места деятельности врача, тяжестью состояния больного, срочностью оказания врачебной помощи, кратковременностью его пребывания в больнице, атипичностью течения заболевания или его редкостью, уровнем подготовки врачебных кадров, ошибками лабораторно-инструментальных исследований.

Имеется точка зрения, что объективные ошибки – это во время не устраненные или не признанные субъективные ошибки [2], что весьма спорно, но, возможно, и имеет известную долю истины. Практика показывает, что даже при определенной условности различия объективного и субъективного факторов диагностических ошибок, находящихся в диалектическом противоречии, с одной стороны, и тесно взаимосвязанных и взаимодействующих, с другой, нередко возникают реальные ситуации, когда врач по независящим от него причинам, а нередко просто физически и интеллектуально не в состоянии поставить быстрый и точный патогенетический диагноз, (сколько б затем различные инстанции «задним числом» не указывали на то, что «в идеале» можно было бы успеть сделать то, организовать это, что-то предположить, сообразить и т.д.) Действительные реалии часто много сложнее чисто научных или административно – бюрократических построений.

Конечно, теоретически не существует болезней, которые невозможно было бы диагностировать при жизни больного. Если выделяются заболевания с присущей им клиникой, морфологическими и функциональными особенностями, значить есть и методы, их определяющие, какими бы сложными эти методы ни были. В противном случае данная патология не вычленилась бы в отдельную форму, либо в классификации болезней имела бы группа заболеваний, диагностируемых только на секционном столе и не имеющих тех или клинических проявлений.

Да, по мере развития медицинской науки, рост материально-технической базы здравоохранения, повышения уровня квалификации врачей основа для ошибок по независящим от врача причинам будет уменьшаться. Но предстоит проделать еще огромную работу, чтобы свести ошибки этого рода к минимуму.

В нашем исследовании диагностических ошибок этого рода было 38% от общего числа диагностических ошибок. Они распределялись следующим образом (табл.):

Таблица

№п/п	Объективные причины	Кол-во случаи	Процент
1	Недостаточный уровень развития науки	10	3,7
2	Низкая степень технической оснащенности мед. Учреждений	14	5,12
3	Большой объем практической нагрузки на врача	28	10,25
4	Условия места деятельности врача	94	34,43
5	Тяжесть состояния больного, срочность оказания врачебной помощи	36	13,18
6	Кратковременность пребывания больного в больнице	42	15,38
7	Атипичное течение заболевания, редкость заболевания	8	2,93
8	Низкий уровень подготовки врачебных кадров	12	4,39
9	Ошибки лабораторно – инструментальных методов	29	10,62
Итого:	-	273	100%

Следует отметить, что для данного исследования принципиально важно не столько количественное проявление той или иной ошибки, хотя мы анализировали и эту сторону проблемы, сколько выявление самого факта наличия той или иной причины диагностической ошибки, т.е. того «узкого места», на котором происходит «сбой» у врача в процессе постановки диагноза.

Рассмотрим каждую из этой группы ошибок.

1. Недостаточный уровень развития науки.

Чаше всего, когда в вопросах диагностики речь заходит о недостаточном уровне развития науки, как препятствии для правильного распознавания болезней, имеется в виду выявление болезни на ее ранней стадии при отсутствии явной клинической симптоматики, на этапе, когда человек обычно считает себя еще практически здоровым. Патология в данном случае может находиться если не на органном или тканевом, то на клеточном, внутриклеточном или даже молекулярном уровне. Современные методы цитохимии, иммунодиагностики, бронхоскопических исследований, электронной микроскопии, сканирования, лапароскопии с последующей биопсией, позитронной томографии и др. значительно расширяют возможности диагностики, и вопрос, таким образом, во многом сводится к проблеме технической оснащенности лечебного учреждения. Часто только благодаря современным диагностическим методикам удается своевременно поставить тот или иной диагноз.

Но, вместе с тем, говоря об уровне развития науки, необходимо констатировать тот факт, что все еще недостаточно ясны многие аспекты этиологии, патогенеза ряда заболеваний, что приводит к недостаточно четкому их дифференцированию. Одни и те же клинические проявления относят к разным патологическим состояниям, либо наоборот, различные заболевания или их варианты объединяют в одну нозологическую форму в силу отсутствия четких критериев для их градации. В этом случае ошибки диагностики неизбежны. Они выявляются обычно постфактум, в какой-то степени условны и, действительно, связаны с уровнем научных знаний на момент происходящего. (К примеру, до сравнительно недавних пор все анемии, обусловленные дефицитом витамина В-12 или фолатов, считались чем-то неделимым. Теперь же, в зависимости от патогенетических механизмов, их подразделяют на анемии, возникшие вследствие сниженного поступления витамина В-12, вследствие нарушенной абсорбции, вследствие нарушения транс-

порта и метаболизма, вследствие повышенного потребления витамина В-12. Каждая имеет свои особенности течения и соответствующую терапию.) Аналогичных примеров можно привести немало. По мере углубления наших знаний о болезнях растет их число, количество форм, классов и подклассов, что способствует более точной диагностике и лечению. Некоторые авторы к причинам диагностических ошибок, обусловленных особенностями развития медицины как науки и сферы практической деятельности, относят ошибки, связанные с таким несомненно прогрессивным, хотя и противоречивым явлением, как узкая специализация. Особенно это касается случаев сочетанной патологии, когда одновременно поражены несколько систем и врач, в силу узкоспециализированного подхода, не может разобраться в имеющейся патологии, не назначает необходимых исследований, не приглашает необходимого консультанта и т.д. Но едва ли подобные ошибки следует относить к разряду, связанному с несовершенством современной науки. Скорее эти ошибки есть следствие низкой врачебной культуры в целом, объясняемой, в свою очередь, недостатками профессиональной подготовки врача, его неэффективной работой над собой с целью повышения суммы знаний, расширения своего кругозора, а также неумением правильно мыслить. (Не случайно за всю историю медицины единственный раз в «Клятву Гиппократу» было на Втором всемирном деонтологическом конгрессе в Париже внесено дополнение: «Клянусь обучаться всю жизнь»).

Врач любой специализации должен при необходимости уметь верно сориентироваться, предположить возможный уровень поражения, дать разумные рекомендации по дальнейшему обследованию больного. В связи с этим вызывают неприятие такие заключения специалистов в историях болезни: «Данных за хирургическую (или урологическую и т.п.) патологию нет». За подобными записями не видно мысли врача о том, чем же в действительности страдает больной, о чем можно думать, что предполагать. Это скорее отписка. Характерный пример подобной «переписки»:

Больной А., 47 лет, поступил в связи с «лихорадкой неясного генеза». Хронический алкоголик. Болен в течение недели, когда стала фиксироваться температура до 39°. Не лечился. СМП была вызвана соседями. При осмотре состояние тяжелое. Зев чист. Кожные покровы бледные. Отеков нет. В легких сухие рассеянные хрипы. ЧД – 19 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС до 120 в 1 мин., пульс ритмичен. АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, 6/6. Печень +3см. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное. Стул неустойчив, склонен к жидкому. В моче – белок до 0,33 промили. В ан. крови – Нв 12,8г/л., лейко – 10,2, П – 12. СОЭ – 38мм/час. На ЭКГ – синусовая тахикардия. Умеренные изменения миокарда. При R – графии грудной клетки – нельзя исключить правостороннюю очаговую пневмонию в л/доле.

Больной был осмотрен: Уролог – урологической патологии нет. Инфекционист – инфекционного заболевания нет. Кардиолог – инфаркта миокарда нет. Гастроэнтеролог – патологии ж/к тракта не выявлено.

Больной с пневмонией был госпитализирован в т.о., где получал массивную антибактериальную терапию, но на 3-ий день пребывания в больнице умер. Консилиума врачей собрано так и не было.

На вскрытии у больного – острый бактериальный эндокардит с поражением трикуспидального клапана.

Возможно, что при интеграции сил смотревших больного врачей, при согласовании их мнений, возникла бы мысль об ЭХОКГ, что выявило бы клапанные вегетации, наличие которых является разрешающим диагностическим фактором для диагностики бактериального эндокардита.

Грамотный, уважающий себя и коллег хирург, уролог, гинеколог и т.д. не позволит себе ограничиться куцей записью и либо выскажет свое обстоятельное мнение о возможной в данном случае патологии, либо соберет консилиум специалистов для координации позиций и верификации диагноза. Врачебное заключение должно нести в себе не только момент отрицания чего-то, но и позитивный элемент, то есть указание на то, что предпочтительно предпринять в целях дальнейшей диагностики, о чем можно думать. И уровень развития науки тут ни при чем

2. Недостаточная техническая оснащенность лечебных учреждений является одной из важных объективных причин, ведущих к диагностическим ошибкам. С каждым годом эта проблема становится все острее. Здесь следует сказать об ошибках, связанных в какой-то степени с несовершенством таких диагностических приемов, как аускультация, перкуссия, пальпация, которые во многом субъективны и эффективность которых зависит не только от профессионального владения ими, но и от индивидуального порога

восприимчивости тем или иным врачом. Эти методы, без сомнения, важны, но вместе с тем необходимо учитывать тот факт, что времена изменились и с развитием инструментально – технической базы здравоохранения мышление врачей из некогда чисто клинического все больше трансформируется в инструментально-клиническое. «Анализ» т.с. теснит «анамнез». И ничего с этим эволюционным естественным процессом нарастающей технизации медицины, а следом и врачебного мышления, видимо, не поделать. Врачи все чаще субъективным методам обследования предпочитают эффективные современные инструментально-лабораторные методики диагностики. Объем обследований неизмеримо за последние годы вырос и, скорее всего, будет расти и дальше в соответствии с современными воззрениями на диагностический процесс, требуя, следовательно, перемен и в организации работы ряда иерархических уровней медицинских учреждений. Отсутствие в медицинском учреждении тех или иных современных лабораторно-технических средств, расширяющих диагностические возможности, подчас ставит врача, особенно молодого, обученного мыслить по последнему слову науки, если и не в тупик, то в достаточно сложное положение.

Конечно, ЭВМ, думается, при всей стремительности роста их возможностей, не заменят врача у постели больного даже в отдаленном будущем. Требования к врачу, как к человеку, не должны снизиться.

Интимность отношений врача и больного не должна исчезнуть. Да и нравственные проблемы никакими техническими новшествами не решить. Чрезмерный техницизм, инструментальный и аппаратный фетишизм могут принести немалый вред, привести к сужению поля зрения врача, отучить его мыслить самостоятельно. Но подобная «деперсонализация», за которой теряется живой человек и которая противоречит гуманной сути медицины, является крайностью. И не о ней речь. Как и не о том, когда врач «широким фронтом» назначает избыточные исследования ради исследования, т.с. на всякий случай, в надежде, что какое – нибудь из них вдруг прояснит диагноз, локализует круг поиска. Это другая крайность, другое травмирующее больного увлечение клинициста. Любый врач – практик легко сможет привести немало печальных или казуистических примеров как первого, так и второго порядка.

Больная Б., поступила в приемное отделение с жалобами на боли в животе, беспокоящие больную в течение 6 часов. Была осмотрена хирургом и гинекологом, обнаружившими опухолевое образование мягкой консистенции над лонем. В связи с этим было признано целесообразным сделать больной экстренную лапароскопию. При проведении последней у больной обнаружен переполненный мочевой пузырь, после опорожнения которого боли в животе у больной прошли.

Речь, таким образом, идет о том, что в новейшую эпоху дальнейший рост технической оснащенности лечебных учреждений (при *умелом и разумном* использовании этого фактора, безусловно) поможет снизить число ошибок при постановке диагноза.

3. Объем практической нагрузки на врача, количество осматриваемых им больных за определенный промежуток времени также играют немаловажную роль в происхождении диагностических ошибок. Современный врач, особенно в крупных городах, работает с большими потоками людей, что приводит по меньшей мере к двум отрицательным моментам.

Во – первых, это может привести к тому, что И.Харди назвал «отравлением людьми». Врач становится легко возбудимым, раздражительным, притупляется его внимание. Чаще это касается врачей поликлиник, особенно во второй половине их рабочего дня, в конце приема.

Во – вторых, если врач почти постоянно работает в условиях лимита времени, то это приводит к тому, что он часто прибегает в диагностике к узкой группе распространенных заболеваний, как бы «забывая» о других. Так, по нашим, данным участковый терапевт в подавляющем числе случаев оперирует в своей практике 15–16 нозологическими формами. Конечно, нельзя отрицать того факта, что объем информации, которую необходимо знать терапевту наших дней, поистине необъятен, как необъятна сама терапия. Ни один, даже самый талантливый, врач не в состоянии запомнить клинику и диагно-

стику огромного количества болезней, даже в отдельных областях (3). Отсюда потребность в специализации, о которой уже шла речь. Однако искусственное ограничение врачом круга возможных заболеваний примитивно минимальным их числом является негативным моментом, который необходимо преодолевать. Ибо без хорошей диагностики, как известно, не может быть хорошего лечения. Именно поэтому, образно говоря, в душе врача всегда должно быть место чувству тревоги.

Литература

1. Давыдовский И.В. Врачебные ошибки // Сов. мед. 1941; 3: 3 – 10.
2. Сырнев В.М., Чикин С.А. Врачебное мышление и диалектика. М., 1973.
3. Бенедиктов И.И. Происхождение диагностических ошибок. – Свердловск: Средне-Уральское кн. изд-во, 1977.
4. Султанов И.Я. Ошибки диагностики в клинике внутренних болезней: Дис. канд. мед. наук. М., 1994.

ABOUT SOME OBJECTIVE REASONS OF DIAGNOSTIC MISTAKES (PART FIRST)

I.Ja. SULTANOV

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

Are considered difficult and questions at issue of the reasons of diagnostic mistakes of the doctor.

Key words: the diagnosis, trade of the doctor.