

**О ЗНАЧЕНИИ МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ВРАЧА
И ТИПА ЕГО ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРОИСХОЖДЕНИИ
ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

И.Я.СУЛТАНОВ

Больница № 53. 5 терапевтическое отделение. Москва. 109432. Ул. Трофимова д.26.

Была изучена 131 история болезни, в которых диагностические ошибки были связаны с недостаточной квалификацией врача на том или ином этапе оказания медицинской помощи. Наиболее часто ошибки были связаны с плохим сбором анамнеза, недостаточно профессиональным владением методами пропедевтики, плохим чтением ЭКГ и рентгенограмм, незнанием биохимических норм и чаще совершались врачами скорой медицинской помощи (42,8%), врачами поликлиник (39,8%) и реже - врачами стационаров (17,4%). Причём наиболее слабыми звеньями в диагностическом процессе являются метод системного сбора анамнеза и владение методами пропедевтики (соответственно у врачей СМП -23,7% ошибок от общего их числа, и 18,3% - у врачей поликлиник).

Определённую роль в происхождении диагностических ошибок играет и тип высшей нервной деятельности диагноста, его темперамент, являясь нередко одной из причин неверного умозаключения при выборе нозологической гипотезы и последующего лечебного воздействия.

Размышляя об уровне профессиональной квалификации врача, следует в равной степени анализировать как качество постановки его обучения, так и те стороны его подготовки и те качества, которые вырабатываются им самостоятельно, путём самовоспитания, самосовершенствования. То есть то, что иначе называют профессиональной целеустремлённостью, без которой рост диагностических навыков врача весьма проблематичен.

Как бы ни была поставлена подготовка врача, без постоянного пополнения своей эрудиции, без тренировки умения осмысленно применять на практике принципиальные основы методологии диагноза, без творческого отношения к своей работе, без критического анализа своих действий, без повседневного воспитания в себе высоких морально-этических качеств, врач в высшем значении этого слова - невозможен.

"В практической деятельности Вы (врачи), писал А.А.Остроумов,- должны продолжать своё научное образование. Врач никогда не перестаёт учиться, каждый больной, которого он наблюдает, должен представлять для врача предмет научного исследования".

"Если квалификация терапевта систематически не повышается, она неуклонно падает", - справедливо замечает Н.В. Эльштейн [1].

Необходимо регулярно следить за специальной медицинской литературой, посещать заседания терапевтических обществ, клинико - анатомические конференции, присутствовать на разборах больных, консультациях специалистов, вскрытиях и т.д., то есть не упускать любой возможности пополнения багажа своих знаний, не игнорировать ничего из того, что может способствовать повышению качества работы, уменьшению количества ошибок.

"Жизнь коротка, - учил Гиппократ, - путь искусства долог, удобный случай скоропроходящ, опыт обманчив, суждение трудно".

Непосредственная профессиональная подготовка врача - задача не столь простая, как может показаться на первый взгляд. Автоматическое заучивание материала, как показывает опыт, далеко не всегда ведёт к формированию высококвалифицированного специалиста, хотя без запоминания огромного количества фактических данных о болезнях обойтись, конечно же, невозможно. Дело не только в том, что данные о болезнях, их типичных формах, течении, изложенные в руководствах и учебниках, нередко имеют отличия от того, что встречается в практике. Но и в том, что в процессе обучения медик идёт от уже известного (название болезни) к частному (детальным проявлениям болезни), тогда как в процессе своей практической деятельности он вынужден действовать наоборот: от проявлений болезни к её определению. Это противоречие создаёт немалые сложности, особенно в первые годы работы: не всем и не всегда легко и быстро удаётся перестроить свою систему мышления. Об этом не должны забывать как педагоги, так и сами врачи. Именно в силу этого важна не только теоретическая подготовка, но и прак-

тические навыки, умение планомерно и системно обследовать больного, строить на основе полученных данных верное логическое умозаключение. Мало видеть больного со стороны, надо заниматься с ним непосредственно.

Низкая квалификация, общая методологическая неподготовленность, самая, пожалуй, распространённая причина диагностических ошибок. По данным нашего анализа на долю этой группы ошибок приходится 36,6% от общего числа диагностических ошибок и 59% от числа ошибок субъективного характера [2].

Надо сразу отметить, что чётких, абсолютно определённых, общепринятых критериев оценки уровня квалификации и методологической подготовленности врача не существует, несмотря на множество публикаций, посвящённых этому вопросу. Да и едва ли такие критерии, если рассматривать качественную сторону проблемы, в принципе возможны. Оценка уровня квалификации - это практически всегда во многом субъективный процесс, что, безусловно, значительно усложняет проведение исследования, особенно таких его аспектов, как анализ качества сбора анамнеза или физикального обследования больных.

В своей работе уровень квалификации и степень методологической подготовленности врачей мы определяли, анализируя имеющиеся в медицинских документах первичные данные обследований, их интерпретацию интернистами, и сопоставляя эти данные с последующими результатами осмотров и заключений заведующих отделений, опытных консультантов, с учётом также совпадения или несовпадения диагнозов направления с диагнозами стационара и материалами вскрытий. При этом отбрасывались, как недостоверные, все случаи, где та или иная погрешность врача была сомнительна, спорна, неубедительна.

При всей относительной точности данного подхода, он всё же позволяет получить представление о характере ошибок, чаще всего допускаемых врачами.

Была изучена 131 история болезни с явными диагностическими ошибками, связанными с недостаточной квалификацией врачей. Анализ показал, что определённая часть врачей СМП в большей степени, врачей поликлиники и стационара в меньшей - не владеют с высокой степенью профессионализма методом системного сбора анамнеза, методом пальпации, перкуссии и аускультации, плохо читают электрокардиограммы и рентгеновские снимки, не знают биохимических норм - всё это приводит к грубым "зевкам" и ошибкам.

По результатам собственных наблюдений и литературным данным мы выделяли наиболее типичные ошибки при сборе анамнеза [3]. Ошибки же в объективном (физикальном) обследовании больных были чаще всего следствием неудовлетворительного знания терапевтами пропедевтики внутренних болезней: нередко врачи выслушивают сердце только тогда, когда больной стоит, некоторые интернисты вообще плохо разбираются в аускультации сердца. Аускультация лёгких проводится без покашливания больного, не различаются шум трения плевры от крепитирующих хрипов и т.д.

Из нижеприведённой таблицы 1 видно, какие профессиональные ошибки встречались по нашим данным наиболее часто. Причём, эти "пробелы" нередко были у врачей, так сказать, в сочетании друг с другом, в комплексе, наслаиваясь одна на одну.

Из таблицы следует, что наиболее слабыми звеньями в диагностическом процессе являются сбор анамнеза и владение методами пропедевтики. И какие бы усилия не прилагал тут преподаватель, если сам врач не будет систематически самосовершенствоваться в овладении этими методами исследований, он никогда не достигнет вершин диагностического мастерства.

Ссылки же на то, что времена, мол, изменились, что с развитием инструментально - технической базы здравоохранения мышление врача из некогда почти чисто клинического всё больше трансформируется в инструментально - клиническое и что этот естественный процесс технизации медицины ведёт, якобы, к смене приоритетов во врачебном сознании (вначале анализы, данные обследований, а затем анамнез) - не выдерживают критики. Да, объём обследований неизмеримо возрос и, скорее всего, будет расти и дальше, требуя каких - то перемен в организации работы ряда иерархических уровней.

медицинских учреждений, но, как не раз отмечалось, чтобы успешно пользоваться диагностической машиной, нужно быть в первую очередь хорошим клиницистом. Требования к врачу, как к Специалисту и Человеку, не снижаются.

Таблица 1

**Ошибки диагностики,
связанные с низкой профессиональной подготовкой врача**

Показатель	СМП	Поликлиника	Стационар	ИТОГО
Плохой сбор анамнеза	92 (14,5%)	64 (10,1%)	31 (4,9%)	187 (29,5%)
Плохое владение методами пропедевтики	58 (9,2 %)	52 (8,2%)	34 (5,4%)	144 (22,8%)
Плохое чтение ЭКГ	31 (4,9%)	43 (6,8%)	14 (2,2%)	88 (13,9%)
Плохое чтение рентгенограмм	48 (7,6%)	61 (9,6%)	23 (3,6%)	132 (20,85%)
Незнание биохимических норм	42 (6,6%)	32 (5,05%)	8 (1,3%)	82 (12,95%)
ИТОГО	271(42,8%)	252 (39,8%)	110 (17,4%)	633(100%)

Нельзя не учитывать при анализе причин диагностических ошибок и тип высшей нервной деятельности врача.

Соотношение типов высшей нервной деятельности по И.П. Павлову [4] и темперамента по Гиппократу [5] хорошо видно из таблицы 2.

Таблица 2

Соотношение типов высшей нервной деятельности

Тип высшей нервной деятельности по И.П. Павлову	Характеристика процессов нервной деятельности	Темперамент по Гиппократу
Спокойный	Сильный, уравновешенный, инертный.	Флегматик
Живой	Сильный, уравновешенный, подвижный	Сангвиник
Безудержный	Сильный, неуравновешенный, подвижный или возбудимый	Холерик
Слабый	Слабый, неуравновешенный, подвижный или тормозной	Меланхолик

Совершенно правильно пишет И.И. Бенедиктов, что "врач, имеющий сильный, уравновешенный и подвижный тип нервной системы, более работоспособен, общителен, правильно реагирует на сложные эмоционально - психологические ситуации, в каких приходится бывать представителю этой специальности. Естественно, врач сангвинического темперамента, обладающий сильным, живым типом нервной системы, будет выдержанным даже при приёме самых раздражительных больных, при сложных хирургических ситуациях и при оказании экстренной помощи больным. Конечно, у такого врача диагностические и тактические ошибки, обусловленные сложной врачебной ситуацией, менее возможны. При том же уровне знаний и в аналогичных обстоятельствах практической деятельности врач со слабым, неуравновешенным и инертным типом, меланхолик по характеру, скорее допустит ту или иную ошибку" [3].

Бесспорно, что тип нервной системы не является решающим фактором происхождения диагностических ошибок, однако определённое значение в их возникновении имеет.

Приведём несколько примеров.

Больная Х., 21 года, обратилась к терапевту приёмного отделения по поводу болей внизу живота. Находясь в лёгком алкогольном опьянении, больная вела себя истерично, грубила, несколько неадекватно отвечала на вопросы. При сборе анамнеза больная отрицала половую жизнь и утверждала, что три дня тому назад у неё закончилась менструация. Терапевт при осмотре больной обнаружил у неё опухолевидное образование над лоном, в связи с чем пригласил на консультацию хирурга.

Хирург, по своему типу нервной системы относящийся к безудержному, неуравновешенному, но сильному типу - он и ранее отличался несдержанностью, нетерпеливостью, с одной стороны, и упрямой настойчивостью, негибкостью, затруднением в переключении внимания, с другой, - видя реакцию больной на боли в животе и определяя округлое образование над лоном, счёл необходимым оперативное лечение и настоял на своём. Гинеколог не был приглашён. Больная была оперирована. На операции обнаружена беременная матка.

Грубая диагностическая ошибка была допущена не только вследствие отсутствия критического отношения к своим действиям, тактических промахов, но и в связи с холерическим темпераментом хирурга, взявшего на себя всю полноту решения вопроса, не посчитав нужным посоветоваться с гинекологом.

Второй пример.

Больная Я., 60 лет, находилась в терапевтическом отделении по поводу гипертонической болезни. В один из дней она пожаловалась палатному врачу на возникшие накануне сжимающие боли в области сердца. Врач снял больной электрокардиограмму, на которой выявил очаги повреждения в области задней стенки левого желудочка, о чём была сделана соответствующая запись в истории болезни. Дополнительно не было назначено никакого лечения. Не рекомендовав больной соблюдать постельный режим, не проинформировав заведующего отделением и не передав больную по дежурству, врач спокойно ушёл домой. Ночью больной стало хуже. Дежурный врач констатировал картину кардиогенного шока. Несмотря на проводимые реанимационные мероприятия, больная погибла. При вскрытии у больной обнаружен обширный задний инфаркт миокарда.

Данная ошибка лечащего врача есть следствие скорее не недостаточной его грамотности, а флегматичного характера. По типу нервной деятельности это был спокойный, уравновешенный и сильный человек. Ему нельзя было отказать в работоспособности, терпеливости, самообладании, выдержке, но при этом он всегда в своей работе отличался удивительной невозмутимостью (до впечатления безразличия), медлительностью, каким-то глобальным спокойствием в самых неприятных ситуациях, малой эмоциональностью, стёртой реакцией на внешние раздражители.

Третий случай.

Больная Б., 72 лет, поступила в стационар с болями в костях, в основном, в поясничном отделе позвоночника, слабость в ногах. Боли в пояснице беспокоили в течение двух лет, по поводу чего больная лечилась у невропатолога с диагнозом пояснично - крестцового радикулита. За сутки до поступления в больницу боли в пояснице резко усилились. Не могла встать с постели, в связи с чем госпитализирована. Была осмотрена урологом, гинекологом, которые патологии со стороны соответствующих органов не выявили. При осмотре больной кожные покровы обычной окраски. Отёков нет. Лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, пульс 82 уд. в мин., ритмичен. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезнен. Печень и селезёнка не увеличены. Стул - запоры. Дизурии нет. Симптом натяжения положительный с обеих сторон. В анализах крови её формула без отклонений от нормы, отмечалось увеличение СОЭ до 40 мм/час. Белок общий 8,74 г%. Альбумины - 49,5%. Глобулины: α_1 - 3,2%, α_2 - 8,8%, β - 16,1%, γ - 22,4%. В анализах мочи белок до 0,16 %, лейкоциты 5 - 6 в п/зр. При рентгенографии поясничного отдела позвоночника и дополнительно произведённых томограммах выявлены компрессия тела третьего поясничного позвонка. После стеральной пункции цитологом дано следующее заключение: отмечается увеличение атипичных форм плазматических клеток до 15%, что позволяет думать о возможности миеломной болезни.

Данное осторожное заключение послужило врачу основанием диагностировать плазмоцитому и назначить больной терапию цитостатиками. Однако дополнительные исследования (кровь на М/градиент, моча на белок Бенс - Джона, рентгенография плоских костей, повторная стеральная пункция, консультация гематолога, онколога, травматолога) привели к пересмотру диагноза. У больной диагностирован инволюционный компрессионный перелом тела третьего поясничного позвонка.

Таким образом была допущена диагностическая ошибка, повлекшая за собой ненужную и не безвредную цитостатическую терапию, хотя показанием к этому лечению служит неоспоримый диагноз миеломной болезни. В сомнительных случаях от противоопухолевой терапии следует воздержаться.

Врач, допустивший эту ошибку, был достаточно опытен, но боялся пропустить заболевание, опоздать с лечением, что и привело к гипердиагностике. По типу нервной системы он относится к слабому, тормозному, инертному типу, меланхолику по классификации Гиппократов. Он отличался в своей деятельности неуверенностью в себе при принятии решений, гипертрофированной податливостью к чужому мнению и лёгким отказом от своих суждений, робостью в высказывании своего умозаключения, быстрой утомляемостью в сложных ситуациях, малой работоспособностью, пониженной активностью, неустойчивостью внимания.

Приведённые примеры свидетельствуют, что темперамент, выражающий тип высшей нервной деятельности, раскрывает характер человека, такие его особенности, которые сказываются на врачебной деятельности (решительность, нерешительность; воля, безволие; уверенность, неуверенность, самоуверенность; внимательность, невнимательность и т.д.). Из всего этого следует, что врач обязан знать индивидуальные особенности своего темперамента и учитывать их в практической деятельности.

Литература

1. Эльштейн Н.В. Современный врач и диагностические ошибки//Клин.мед. 1975. № 9. С.131 - 136.
2. Султанов И.Я. Ошибки диагностики в клинике внутренних болезней. Автореф. дис.канд.М.1994.20С.
3. Султанов И.Я. Деонтологический фактор, как причина диагностических ошибок в клинике внутренних болезней. //Вестник РУДН, серия Медицина. 1999. № 1 С.30-35.
4. Общая психология. Под ред. Петровского А.В. М. "Просвещение". 1970. 432С.
5. Бенедиктов И.И. Происхождение диагностических ошибок. Свердловск., Средне - Уральское кн. изд - во, 1977. 200С.

IMPORTANCE OF METHODOLOGICAL SKILLS OF DOCTORS AND TYPE OF THEIR NERVOUS ACTIVITY IN DIAGNOSTIC MISTAKES INTERNAL DISEASE PRACTICE

I.Ja. SULTANOV

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

The causes of diagnostic mistakes in 131 histories of patients in municipal hospitals were analysed. The most frequently mistakes were linked with bad gathering of anamnesis, insufficient knowledge's in methods of propedeutics, bad skills in ECG reading, X-ray pictures and clinical chemistry analyses.