

Из IV терапевтической клиники Каз. гос. медицинского института и 2-ой инфекционной б-цы Горздрава (директор клиники и глав. врач б-цы проф. В. И. Катеров).

## ОПЫТ СЛИЧЕНИЯ ДИАГНОЗОВ АМБУЛАТОРНЫХ (НАПРАВИТЕЛЬНЫХ) и СТАЦИОНАРНЫХ (ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ).

Н. Н. Оделевская.

Одним из мероприятий НКЗ РСФСР, направленных к улучшению постановки дела в лечебных учреждениях, является его предложение вести систематическое изучение и учет ошибок путем сличения клинических и анатомических диагнозов.

Большое значение придается также сопоставлению диагнозов амбулаторных с диагнозами стационарными.

Мы разработали весь стационарный материал, прошедший через 2-ю инф. больницу (терапевтическое-клиническое, инфекционное, хирургическое и хроническое отделения) за 1935 г. и за первый квартал 1936 г., с целью сличения направительных амбулаторных диагнозов с клиническими (стационарными). Из 3489 историй болезней за указанный период не могли быть использованы для обработки (отсутствие сопроводительного документа, отсутствие направительного диагноза) 568 историй болезней; таким образом обработке подверглись 2903 истории болезни.

Из них оказалось: 1) случаев полного совпадения диагнозов в 2471 истории болезни, или в 85,2%; 2) случаев с неполным совпадением диагнозов, в которых расхождение не имело существенного значения для состояния больного и его дальнейшего ведения (расхождение в деталях или осложнениях, неточная формулировка диагноза)—100 историй болезней, или 3,5%, и, наконец, 3) случаев полного расхождения основных диагнозов (неправильные диагнозы)—332, или 11,4%.

Указанные 332 истории болезни и направительные документы были подвергнуты нами детальному изучению в целях выяснения характера ошибок и причин ошибочного направительного диагноза.

Весь материал распределен нами по местам направления, что дает возможность судить о работе отдельных амбулаторных учреждений. Кроме того, в специальных таблицах, которые здесь не приводятся из-за недостатка места, произведена детальная разбивка по каждому из этих учреждений с указанием фамилии врача, что дает возможность судить о работе и квалификации каждого врача в отдельности.

За указанный период 2-ая инф. больница работала в составе: инфекционного отделения, терапевтического-клинического и отделения хроников, а за 1 квартал 1936 г., в связи с временной организацией при больнице коллектора неотложной помощи, был материал и экстренный: хирургический, гинекологический и терапевтический. По характеру заболевания все больные распределяются следующим образом: I — инф. заб. 1.423: 1) малярия —

803 сл., 2) дизентерия и гемоколиты—359 сл., 3) бр. тиф—143 сл., 4) грипп—118 случ.; II—случаев неотложной помощи, главным образом хирургических, за I квартал 1936 г.—697 больных и III—общетерапевтических больных — 1369 чел. Таким образом, контингент больных за указанное время был очень разнообразный. По социальному положению б-ные были: рабочие—37,2%, служащие—33,6%, колхозники—4,3%, члены семей—24,9%. Больные направлялись в основном из ближайших рабочих поликлиник: № 1 (582 ч.) и № 2 (499 ч.), станцией скорой помощи (771), врачами помощи на дому, здравпунктами (166), кроме того, в небольшом количестве из поликлиник РОКК, леч. комиссией ТНКЗ, районными больницами и амбулаториями ТАССР (104) (см. таблицу 1).

Поликлиники различных районов города дают довольно различные цифры, а именно: 5,7—12,2% ошибочных диагнозов к общему числу направлений данной поликлиники. Станция скорой помощи дает 16,8% ошибочных диагнозов, маляр. станция — 7,4%, здравпункты — 9,6%, районные больницы и амбулатории ТАССР—6,7%. Наибольший процент (16,8) ошибочных диагнозов станции скорой помощи вполне объясним характером заболеваний (экстренные случаи) и особенностями работы врачей скорой помощи. Особо малый процент (2,9) ошибочных диагнозов 2-х поликлиник Сталинского р-на объясняется, повидимому, тем, что обе эти поликлиники находятся при б-цах, куда и направляется основная масса терапев., хир. и гинекол. б-ных. К нам же направлялись из этих поликлиник преимущественно (почти исключительно) в период вспышки б-ные с гемоколитами, и ошибочные диагнозы относятся т. обр. к довольно узкой категории б-ных.

Наибольший из всех поликлиник процент (14,2) ошибочных диагнозов 2-ой гор. поликлиники указывает, повидимому, на какие-то особые причины в работе данной поликлиники: при не очень большой разнице числа всех направленных к нам б-ных (1-ой поликлиникой—582 чел. и 2-ой поликлиникой—499 чел.), процент ошибок в последней в 1½ раза больший. Заслуживает внимания, что процент ошибочных диагнозов (6,7) у больных, направленных в Казань из районных больниц и амбулаторий, меньше процента ошибок городских поликлиник.

В то же время при разбивке ошибочных диагнозов по отдельным врачам видно, что некоторые врачи дают в 2—3 раза больше ошибочных диагнозов в сравнении с другими; это дает основания думать, что существенная роль в ошибочных диагнозах принадлежит моментам субъективного, а не «объективного» порядка. К сожалению, в очень многих случаях (около 50%) подписи врачей в направительном документе настолько неразборчивы, что часто не удается установить фамилии врача.

Мы разделили все случаи расхождения основных диагнозов на следующие категории:

I. Ошибки вследствие невнимательного отношения врача к больному—132 случая, или 39,7% всех ошибочных диагнозов. Для иллюстрации приведем некоторые примеры:

ТАБЛИЦА 1.

Название леч. учреждения, давшего направление	Всего направлено:		Неправильные диагнозы по причинам:					Неиспольз. лаб., рентг., консуль- тации
	Абсолют.	%	Абсол.	%	Невним., недосм.	Сложн. случая	Кратков. наблюд.	
1. Станция ск. пом . . . . .	771	22,6	130	16,8	37	49	38	6
2. 1-я поликлин. . . . .	582	20,1	54	9,3	19	25	3	7
3. 2-я поликлин. . . . .	499	17,2	71	14,2	45	19	2	5
4. Поликл. Сталинского р-на (две) . . . . .	170	5,8	5	2,9	3	2	—	—
5. Киров. пол-ка . . . . .	32	1,1	3	9,4	2	1	—	—
6. Ленин. пол-ка (Казахштр.) . . . . .	35	1,2	2	5,7	—	1	—	1
7. Здравпункты . . . . .	166	5,7	16	9,6	7	5	3	1
8. Маляр. станция . . . . .	80	2,8	6	7,4	2	3	—	1
9. Проч. амб. и учр. . . . .	182	6,3	16	8,8	8	5	2	1
10. Разные стационары. . . . .	178	6,1	13	7,3	7	3	2	1
11. Поликл. РОКК . . . . .	95	3,3	9	9,5	2	9	1	—
12. Район. б-цы и амбулат. . . . .	104	3,5	7	6,7	—	7	—	—
13. Разные врачи . . . . .	9	0,3	—	—	—	—	—	—
Всего: . . . . .	2903	100,0%	332	11,40%	132 (39,70%)	126 (38%)	51 (15,30%)	23 (7,0%)

1) Б-ной А., 16 л., направлен маляр. пунктом с диагнозом: малярия. При осмотре б-го у него оказалось рожистое воспаление в области правого коленного сустава. Больной не был, повидимому, подробно опрошен и осмотрен врачом.

2) Ск. помощью направлена б-ная Б., 17 л., с диагнозом: воспаление легких; оказался правосторонний мастит, обширная экзема рук и тела и слабо выраженные гриппозные явления.

Аналогичны случаи из других учреждений: так, напр., 3) направительный диагноз: экссудативный плеврит, оказался простатит, признаков экссуд. плеврита нет.

4) Б-ная Б., направлена с малярией; оказалось двустороннее воспаление придатков матки; малярии нет ни в прошлом, ни в настоящее время, плазмодии малярии не найдены.

5) Направительный диагноз: брюшной тиф, в другом случае — экссудат. плеврит; в обоих случаях оказался острый полиартрит с выраженными изменениями в суставах. Обращают на себя внимание и следующие случаи: с диагнозом «малярия» в одном случае и с диагнозом «правосторонняя пневмония» в другом — направлены 2 случая флегмоны.

Точно так же о невнимательном отношении и недостаточном обследовании б-го говорят и обратные случаи, а именно, нераспознавания типично выраженных случаев наиболее распространенных и доступных для распознавания в условиях амбулаторной обстановки заболеваний:

1) 26 б-ных с крупозной пневмонией с типично-выраженной объективной картиной направлены под диагнозом грипп, малярия, паратиф и др.;

2) 8 б-ных экссудативным плевритом (из них 3 сл. гнойного) с совершенно ясными клиническими симптомами присланы под другими диагнозами;

3) 15 случаев резко выраженного (кавернозного) тбк легких с ВК в мокроте не распознаны амбулаторно. Таким образом из 127 сл. заболеваний, нераспознанных по причине невнимательности, «просмотра» и т. п., 49 случаев из 127, или 38,5%, относятся к легочным заболеваниям.

Кроме того, сюда же следует отнести и ряд случаев, в которых, повидимому, были поставлены заведомо неправильные диагнозы в целях помещения больного в стационар. При этом это имело место главным образом со стороны некоторых стационар. учреждений. Дело касается безнадежных хронических больных.

1) Из туб. института переводится б-ной с диагнозом «брюшной тиф». Б-ной умирающий, лежал в тубинституте несколько недель с тбк легких III С. и с колитом тбк характера. Умер через 2 дня.

2) Туб. диспансером и некоторыми поликлиниками направлен был ряд б-ных с диагнозом «гемоколит». У б-ных — выраженный тбк легких III С., с палочками в мокроте и тбк колит. Б-ные длительно состояли на учете туб. диспансера и должны быть хорошо известны врачу.

Особенно много больных направляется с ошибочным диагнозом «малярия». Из всех 332 сл., направленных с ошибочными диагнозами, в 86 сл., или 26% всех ошибок, стоит диагноз «малярия», причем в действительности оказалось: в 10 сл. — грипп, в 16 сл. — крупозная пневмония, в 8 сл. — тбк легких, в 2 сл. — брюшной тиф, в 4 сл. — серозный экссуд. плеврит, и единичные слу-

чаи других заболеваний: ангина, пиелит, паратиф, воспаление придатков матки, рожа и т. д. (24 различных названия).

В особую подгруппу, близкую к только что рассмотренной, можно выделить и случаи с диагнозами только симптоматическими, что также свидетельствует или о невнимательности или о спешной работе, а может быть и о недостаточной квалификации амбулаторных врачей.

1) Б-ная С. направляется с диагнозом: «жалобы на боли в области сердца» — оказался порок сердца (недостаточность двухворки); 2) б-ной С. направляется с описательным диагнозом: «сильная головная боль, в тяжелом состоянии,  $t^{\circ}$  37,5» — оказалась малярия; 3) б-ной направляется с диагнозом: « $T^{\circ}$ —38° и резкая слабость» — оказалась малярия; 4) ск. помощью направляется б-ной Ж., 21 г., с диагнозом: «кровохаркание» — оказалась крупозная пневмония; или диагнозы: «рвота мозгового происхождения» (малярия), «тяжелый больной с нитевидным пульсом», «отек конечностей» (малярия, нефрит) и т. д.

Характерно, что значительно реже (почти единичные случаи) встречаются ошибки, когда врач диагностирует более серьезное заболевание, чем это имеет место на самом деле. Наприм., 1) б-ная Е., направит. диагноз «воспаление легких», оказался грипп; 2) б-ной Г. направлен с подозрением на перфоративную язву желудка, оказался гастрит.

II. Группа случаев, где диагностическая ошибка обуславливалась трудностью распознавания вследствие сложности заболевания или неясности клинической картины, — 126 случаев (38%). Приведем некоторые примеры:

1) Б-ной Г., 10 лет, доставлен ск. помощью с диагнозом остр. аппендицит; оказалась крупозн. пневмония правой н/доли. Заб. 22. XII в 6 ч. веч., внезапно:  $t^{\circ}$  40°, резкие боли в правой подвздошной области, отдающие в пупок и в подложеч. область. При поступлении в больницу: живот напряжен, болезненность в точке Мак-Бурнея; незначительный кашель,  $t^{\circ}$  39°, в сердце и легких выраженных изменений нет, но общий вид б-го — пневмоника. От операции воздержались. На след. день в правом легком сзади выслушивается крепитация, бронх. дыхание, определяется и притупление. В дальнейшем течение болезни типичное: темп-ра спала на 9-й день, б-ной поправился. Подобные ошибки, как известно, встречаются даже у опытных врачей (терапевтов и хирургов) и представляют материал для казуистических сообщений.

2) Б-ной Г., 38 лет, скор. помощью доставлен 27. XII. 1935 г. с диагнозом «острый холецистит». Боли в животе и правом подреберье с отдачей в правую руку, небольшой кашель, бессонница от боли, одышка, вынужденное положение на левом боку. Б-ной заболел 3 дня т. назад после «простуды». Объективно: в легких при поступлении изменений перкуторного звука нет, ослабленное дыхание в правом легком; резко выраженное напряжение всей брюшной стенки, в особенности у правого подреберья;  $t^{\circ}$  —38°; 28. XII — пробная лапаротомия ввиду подозрения на гнойный холецистит; оказалось: желч. пузырь чист, изменений в брюшной полости нет. 30. XII б-й умер. Секционный диагноз: 1) общий сепсис с гнойным амигдалитом, серозно-фибринозный правосторонний плеврит, острый диафрагматит. Сложность дан-

ного случая не позволила распознать заболевание даже в стационарной обстановке.

3) Б-ная Л., 20 л, 4. II. 35 г. была направлена с диагнозом «малярии», оказался тбк легких В II, ВК+. Заболела остро 3 дня т. назад. Боли в груди, пояснице, гол. боль, кашель,  $t^{\circ} 39,4^{\circ}$ . В данном случае физикальное исследование легких не давало выраженных изменений, и диагноз мог быть поставлен путем исследования мокроты (ВК+; рентгеноскопия дала также незначительные изменения.

Аналогичных случаев было еще несколько: б-ной Г., 17 л., доставлен с диагнозом «малярия», оказалась центр. пневмония; б-ная К. доставлена с диагнозом холецистит, оказался илеус; б-й Я., 23 л., с д. язва желудка, оказался илеус; б-ная З., 16 л., с д. аппендицит, оказался холецистит.

В ряде случаев под диагнозом малярия или бронхопневмония присланы 8 случаев брюшного тифа и 4 сыпного. Это касалось случаев недостаточно выраженных (в начале заболевания).

III группа случаев, где диагностическая ошибка объясняется кратковременностью наблюдения б-го—51 сл., или 15,3%; из них большинство, а именно 38 случаев, принадлежит станции скорой помощи, 3 случая—здравпунктам и 10—различным амбулаториям.

Приводим наиболее характерные примеры: 1) ст. скор. помощи доставлена б-на С., 56 л., в бессознат. состоянии с диагнозом апоплексия мозга, оказалась уремическая кома; 2) ст. ск. помощи доставлен б-ной С. с диагнозом остр. аппендицит, оказалась почечная колика (справа); 3) в 2-х случаях, доставленных скор. помощью с диагнозом аппендицит и острая непроходимость кишечника, оказалась прервавшаяся внематочная беременность. В обоих этих случаях распознавание затруднено было и тем, что б-ные отрицали половую жизнь; 4) б-ная Б., 26 л., в 11½ ч. ночи доставлена ск. помощью с диагн. «отравление». Оказалось обморочное состояние.

Значительное число этих случаев, подобно предыдущей группе, нам кажется, нельзя по существу считать ошибочными, т. к. условия работы врача ск. помощи не позволяют в большинстве случаев более подробно разобраться в диагнозе, а состояние больного часто требует неотложной стационарной помощи; однако надо сказать, что из всех 130 сл., направленных станцией ск. помощи, в 37 случаях, т. е. в 28%, ошибочных диагнозов можно усмотреть также недостаточно внимательное отношение к б-му и к диагностике.

IV группа. Случаи нераспознавания заболевания из-за неиспользования амб. врачами специальных методов исследования больного, как-то: лабораторных анализов, рентгена и консультации со специалистами. Всего к этой категории ошибочных амб. диагнозов следует отнести 23 случая, или 7%.

При наличии в каждой поликлинике различных специалистов, работающих нередко по соседству и в те же часы, амб. врачи пользуются консультациями, повидимому, не часто.

За это говорят случаи направления больных не по специальности, напри-

мер: 1) б-ная Г. — направлена с диагнозом «острый аппендицит»; б-ная недавно перенесла аборт, имеются бели и боли внизу живота; оказалось воспаление придатков матки. Консультации с гинекологом, повидимому, не было. Больную пришлось переправить в гинекологическую клинику. 2) Б-ной С. направлен с диагнозом: поддиафрагмальный абсцесс справа, оказалась малярия. Повидимому, консультации с квалифицированным хирургом или терапевтом не было. Каковы были поводы для такого относительно редкого диагноза, сказать трудно.

При наличии почти во всех поликлиниках Казани лабораторий и рентгена врачи в ряде случаев ими не пользуются (возможно, из-за их перегрузки), что ведет также к ошибочному распознаванию (вернее, к нераспознаванию соответствующего заболевания). Например, нередко направляются б-ные с диагнозом пневмония, грипп, когда у б-ных оказывается тбк легких с палочками в мокроте.

Заканчивая на этом рассмотрение ошибочных диагнозов по их причинам, надо сказать, что первая группа является сугубо важной, т. к. от невнимательности, недосмотра, а может быть и небрежности амб. врача зависит иногда и дальнейшая судьба больного: неверный диагноз может вести к неправильному лечению. Эта группа, как было видно из нашего материала, дает наибольший процент (39,7) ошибочных диагнозов, но, с другой стороны, эти ошибки могут быть легче всего изжиты. Для иллюстрации последствий, к каким привели неправильно диагностированные случаи I группы, зависящие от невнимательного отношения врача, можно привести следующие примеры:

1) Б-ная Г., 32 л., 2 недели лечилась амбулаторно хинином и, наконец, направлена к нам с диагнозом «малярийный колит», — оказался брюшной тиф.

2) Б-ная Б., 53 л., лечилась на дому. Направлена с диагнозом: «острый катар желудка и кишок. Б-ная в прострации». Оказалась уремия (в моче белок, эритроциты, кров. давл. 170/110). Несмотря на принятые в стационаре меры, б-ная через 2 дня умерла.

3) Б-ной Н., 22 л., направлен с диагнозом «малярия». Энергично лечился от «малярии» осенью 2 месяца и снова до февраля месяца. Выпил до 100 табл. хинина и плазмоцида, получил 11 инъекций. Оказалось поражение почечной лоханки и мочеточника, — в моче гной, амбулаторно моча не была исследована, плазмодии малярии не найдены.

Довольно много случаев длительного амбулаторного лечения от «малярии» больных с явно выраженными признаками тбк легких. Например:

4) Б-ная Ф., 28 л., направлена с диагнозом «малярия» с осложнением в легких; оказался тбк легких III С. диссеминации. При поступлении резко выраженные основные симптомы как общие, так и местные. На 2-й день по поступлении б-ная скончалась. С диагнозом острой малярии направлены также б-ные с другими острыми заболеваниями, требующими неотложного и правильного лечения: например, б-ной Х., заболел 17. VII, в стационар направлен 20. VII с диагнозом малярия. Умер 26. VII от плевропневмонии.

Ряд б-ных был направлен на стац. лечение после 1½—2-х недель амбулаторного лечения от «малярии», в действительности же у б-ных оказался брюшной тиф.

Кроме того, в эту группу отнесены и случаи нераспознанных крупозных пневмоний, гнойного и серозного плевритов, шедших под диагнозом бр. тиф, паратиф и др. Из 63 случаев, где неверное или несвоевременное распознавание могло отразиться на судьбе больных, случаев, закончившихся летально, было 6; с длительным течением заболевания — 57 человек. Здесь следует оговориться: очень возможно, что многие больные не направлялись своевременно в стационар для лечения или для установления диагноза вследствие почти постоянного отсутствия свободных мест для терапевтических больных.

Подводя итоги рассмотрению нашего материала, необходимо сказать следующее:

1) Процент ошибочных амбулаторных диагнозов, доходящий в некоторых поликлиниках г. Казани до 14,2 (16,6%), несомненно, нам кажется, велик. К сожалению, нам не удалось найти других аналогичных работ, чтобы можно было сопоставить полученные нами данные с другими. Нам думается, что и в других городах имеется немалое число ошибочных амбулаторных диагнозов. По крайней мере, многие из недостатков работы амбулаторного врача, которые мы могли подметить из анализа нашего материала, констатированы также путем непосредственного изучения работы амбулаторного врача, проведенной в Ленинграде бригадой под руководством проф. Черноруцкого (см. Сов. врач. журн., 1936, № 2), а именно: недостаточное использование лаборатории, рентгена и консультации специалистов, неудовл. условия работы и т. п. Конечно, при непосредственном наблюдении за работой амбул. врача едва ли могли иметь место случаи явно невнимательного и небрежного отношения к больному, и этот момент может быть выявлен главным образом путем последующего контроля, как это проведено было нами.

Возможно, что в действительности общий процент ошибок будет выше. В стационар все же направляются случаи более или менее выраженные, а основной амбулаторный материал составляют, наоборот, случаи слабо и неясно выраженные и среди них, вероятно, процент ошибочных диагнозов будет больше. Но проверить это предположение можно лишь путем организации специального последующего контроля за судьбой амбулаторных больных, не дошедших до стационара.

2) Особенно важным следует считать то обстоятельство, что, как показывает наш материал, наибольшее число ошибочных амбулаторных диагнозов (39,7%) имеют в основе невнимательное и даже иногда, повидимому, небрежное отношение некоторых врачей к больному. Возможно, что здесь играют роль особо трудные условия работы амбулаторного врача, по крайней мере, в некоторых поликлиниках или в особые периоды. Так, надо сказать, что многие из поликлиник г. Казани тесны, кабинеты, как правило, перегружены. Перегрузка имела место главным образом в те-



ТАБЛИЦА 2.

Ошибочные диагнозы—332 сл. (нераспознанные случаи) по характеру заболеваний.

		Абсол.	В %
Болезни органов дыхания: 123 сл.—37,5%	Пневмонии . . . . .	36	10,8
	Эксудативн. плеврит из них—гнойных (8).	21	6,3
	Тбк легких (ВК+) . . . . .	34	10,2
	Прочие . . . . .	32	9,6
Инфекционные заболевания: 91 сл.—27,4%	Малярия . . . . .	50	15,1
	Брюшной тиф . . . . .	16	4,8
	Сыпной тиф . . . . .	15	4,6
	Прочие . . . . .	10	3,0
Заболевания органов пищеварения: 49 сл.—14,7%	Гастрит . . . . .	25	7,5
	Холецистит . . . . .	7	2,1
	Аппендицит острый . . . . .	4	1,2
	Илеус . . . . .	2	0,6
	Прочие . . . . .	11	3,3
Заболевания сердечно-сосудистой системы: 14 сл.—4,2%	Пороки сердца и проч. . . . .	14	4,2
Заболевания почек: 16 сл.—4,8%	Забол. почек . . . . .	16	4,8
	из них: уремия—3 сл. „ почеч. колика—5 сл.		
Разные заболевания: 39 сл.—17%	Заболевания акуш.-гинеколог. . . . .	7	2,1
	из них—внемат. беремен. 2 сл.		
	Забол. нервн. системы . . . . .	13	3,9
	из них—эпилепсия 3 сл.		
	Остр. суставн. ревматизм . . . . .	4	1,2
Прочие . . . . .	15	4,7	
		332	100%

рапевтических кабинетах, доходя временами (в периоды эпидемических вспышек, например, гриппозных заболеваний) до 1½ и 2-х норм на врача (50 — 60 чел.). То же надо сказать и о районных врачах помощи на дому. За время гриппозной вспышки в феврале 1936 г. количество вызовов на врача доходило до 20—25 человек в день, несмотря на то, что штат врачей был значительно дополнен. В это же время создавались очереди больных, шум у дверей приемного кабинета. Однако только к «объективным условиям» работы амбулаторного врача нельзя относить все ошибочные диагнозы; это видно из приведенных нами случаев 1 группы, где для диагноза часто достаточно простого, но внимательного общего осмотра б-го. Кроме того, надо сказать, что в ряде случаев больные с довольно сложным заболеванием и трудные в диагностическом отношении направлялись к нам вовсе не специалистами-терапевтами, а недавно окончившими мединститут врачами, и их предположительные диагнозы часто оказывались очень близкими к истине. Наряду с этим обращает на себя внимание довольно большой процент ошибочных диагнозов как раз у врачей, длительно ведущих терапевтич. прием, имеющих большой общеврачебный стаж, а иногда даже и клинический терапевтический стаж. Небрежность (а может быть и незнание) некоторых врачей проявляется часто не только по существу, но и по форме. В направительных документах нередко ставятся только симптомы или описательные диагнозы („Нрт“, «бессознательное состояние», «боли в области сердца», «лихорадочное состояние» и т. п.); иногда же б-ные направляются вовсе без диагноза. Как было сказано, приблизительно в половине случаев подпись направляющего врача неразборчива, что весьма затрудняет впоследствии установление личности данного врача.

Во всяком случае этот наибольший источник амбулаторных ошибок может и должен быть несомненно полностью изжит, и главным мероприятием, нам кажется, будет установление постоянного последующего контроля за работой амбулаторных врачей в виде сличения диагнозов амбулаторных и стационарных, и, кроме того, в виде последующей систематической проверки (выборочно) некоторых б-ных, не попавших на стационарное лечение.

Уже одно сознание амбулаторным врачом, что его работа будет впоследствии проверена, заставит его несомненно быть более внимательным и не допускать явно небрежного отношения к диагностике.

3) Несомненно ряд ошибочных диагнозов говорит и о недостаточной квалификации некоторых врачей; сюда больше всего, нам кажется, следует отнести случаи просмотра типично выраженных случаев и необоснованных диагнозов. Наш материал показывает, что наибольший процент (37,5) ошибочных амбулаторных диагнозов падает на заболевания органов дыхания, их нераспознавание (главным образом пневмонии, экссудат. плевриты, тбк) и на необоснованные и неверные диагнозы малярии — 26% (см. таблицу 2).

Важное значение с эпидемиологической точки зрения имеют слу-

чай нераспознавания тифозных заболеваний (брюшной и сыпной тифы). Если по отношению к общей цифре ошибочных диагнозов (332) число нераспознанных случаев тифа (31) м. б. и невелико (9,4%), то по отношению ко всему числу направленных к нам тифозных б-ных (143 + 15) этот процент нераспознанных случаев составляет уже большую цифру (ок. 20%).

Следует обратить внимание также и на случаи нераспознавания заболеваний и состояний, требующих неотложной (гл. обр. хир.) помощи, как-то: превратившаяся внематочная беременность, илеус, аппендицит остр., уремия. К счастью, таких случаев у нас было немного — всего 11 (3,3%), и большинство из них было доставлено в срочном порядке (в коллектор неотложной помощи).

Имея в виду большое практическое значение указанных заболеваний, необходимо обратить внимание на повышение квалификации амбулат. врачей, особенно в следующих областях: дифференц. диагноз заб. легких, туберкулеза, малярии и сходных с ними заболеваний, а также острых инф. заболеваний. Вероятно, в основе этого лежит главным образом недостаточная привычка амбулаторных врачей к клиническому мышлению и тот «специфический» амбулаторный подход к больному», о котором говорит проф. Черноруцкий в своей работе и благодаря которому амбулаторный врач не пользуется должным образом лабораторией, рентгеном и консультацией специалистов.

В заключение мы позволим себе сделать ряд выводов, имеющих в виду устранение или снижение ошибочных диагнозов в работе амбулаторного врача и, таким образом, улучшение амбулаторной помощи больному:

1. Сличение диагнозов 2903 историй болезней (2 инфекц. больницы и IV терапевтической клиники КГМИ) с диагнозами направлятельными показывает, что в среднем расхождение основных диагнозов имело место в 11,4% случаев.

2. Наибольший процент ошибочных диагнозов по Казани дает станция скорой помощи (16,8%), различные поликлиники дают от 5,7 до 14,2% ошибочных диагнозов, районные больницы ТР — 6,7%.

3. При анализе причин ошибочных диагнозов оказывается, что значительный процент (39,7) всех ошибочных диагнозов зависит от невнимательного отношения врача к больному.

4. Наибольший процент диагностических ошибок относится к заболеваниям органов дыхания (нераспознавание пневмоний, тбк и т. п.), а из общих инфекционных заболеваний — к малярии (злоупотребление этим диагнозом).

5. В целях снижения процента ошибочного распознавания в работе амбулаторного врача необходимо:

а) установить систематический последующий контроль за работой амбулаторных врачей, как путем сличения в семи стационарах и диагнозов направлятельных и стационарных, так и путем периодической выборочной проверки специальными бригадами амбулат. больных;

б) в целях повышения квалификации амбулаторных врачей

необходимо предоставлять им периодически внутригородские командировки (с временным полным или частичным освобождением от работы) в соответствующих клинических стационарных учреждениях;

в) необходимо также организовать при поликлиниках институт консультантов по терапии и по другим специальностям; целесообразно установить должность заведующего терапевтическим отделением п-ки, на какового возложить и контроль за работой амбулаторных врачей-терапевтов;

г) необходимо предоставить поликлиническим врачам возможность пользоваться стационарным клиническим обследованием в сложных или неясных случаях, в особенности для обсервации б-ных, подозрительных на инф. заб. эпидемического характера.

---

Из therap. отд. Брянской больницы Зап. ж. д. (зав. отд. Е. Я. Гурвич).

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ВИДОИЗМЕНЕННЫМ КАРЕЛЕВСКИМ РЕЖИМОМ.

Е. Я. Гурвич.

Еще в 1866 году Карель предложил для лечения сердечной декомпенсации режим, состоящий из одного молока. Молоко давалось в количестве 800 куб. см в день небольшими порциями и постепенно повышалось до 2 литров в день. В дальнейшем этот режим, подвергшийся изменениям, рекомендовался многими клиницистами, как за границей (Кенгартц, Якоби, Гюшар и др.), так и у нас (Боткин, Иноземцев, Сиротинин). В последнее время изучением этого вопроса занимается ряд авторов (Шрот, Ноорден, Певзнер и др.).

Молоко, как известно, прекрасно ассимилируется, дает мало неусваиваемых остатков, и продукты его усвоения наименее ядовиты. Благодаря этим свойствам, молоко доводит до минимума работу переваривания в желудочно-кишечном тракте и уменьшает ядовитость кишечного содержимого. Таким образом, при молочном режиме отравление организма понижается до минимума. Кроме того, молоко обладает ясным мочегонным действием, благодаря входящим в его состав воде, солям и лактозе. Это—естественное нераздражающее мочегонное. Наконец, молоко бедно поваренной солью, в нем всего 1,3—1,8 хлористого натра на литр.

Веским основанием для лечения таким режимом являются нарушения общего и межуточного обмена у больных с сердечной декомпенсацией, что иллюстрируется рядом как иностранных (Эппингер, Киш, Папп и др.), так и русских работ (Плетнев, Сокольников, Артынов). Плетнев предложил для таких больных с функциональной недостаточностью печени термин гепатокардиальная недостаточность, отмечая, что в общей симптоматике играет роль не только недостаточность органов кровообращения в узком