

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ИЮЛЬ
АВГУСТ

1978

4

ТОМ
LIX

ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР
И СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

ЛЕКЦИЯ

УДК 614.256

АНАЛИЗ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК

Проф. М. Р. Рокицкий

*Кафедра детской хирургии (зав.—проф. М. Р. Рокицкий) Казанского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Прогресс клинической медицины немислим без последовательного принципиального анализа ошибок в распознавании и лечении болезней, без поиска причин просчетов, без разработки мер по предупреждению их.

Под врачебной ошибкой мы понимаем добросовестное заблуждение врача, которое причинило или могло причинить ущерб интересам больного. Осуществление системного анализа ошибок требует разработки определенной классификации. Мы пользуемся следующей рабочей схемой.

КЛАССИФИКАЦИЯ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК

1. *Ошибки в диагностике заболеваний:* а) просмотренный диагноз (врач при осмотре больного вообще не нашел признаков имеющегося заболевания, считая пациента здоровым); б) частично просмотренный, неполный диагноз (правильно установив диагноз основного заболевания, врач не обнаружил имеющихся осложнений или сопутствующих заболеваний); в) ошибочный диагноз (врач неправильно определил диагноз основного заболевания); г) частично ошибочный диагноз (при правильно установленном диагнозе основного заболевания допущены ошибки в распознавании осложнений и сопутствующих процессов).

2. *Ошибки в лечебной тактике:* а) ошибки в решении вопроса о показаниях к неотложной или срочной помощи; б) ошибки в выборе режима лечения (стационарное, амбулаторное) и оценке возможности транспортировки (транспортабельности) больного; в) ошибки в определении основных направлений терапии (как правило, связанные с диагностическими ошибками); г) неполноценное лечение (пренебрежение отдельными направлениями или методами терапии); д) неправиль-

ное лечение (необоснованное применение различных препаратов, методов, операций, не показанных при данном заболевании применительно к данному больному).

3. *Лечебно-технические ошибки*: а) ошибки в технике выполнения диагностических манипуляций, инструментальных и специальных методов исследования; б) ошибки в технике выполнения лечебных манипуляций; в) ошибки в технике выполнения хирургических вмешательств.

4. *Организационные ошибки*. Среди причин врачебных ошибок можно с известной степенью условности выделить причины объективные и субъективные, а также условия, способствующие возникновению ошибок.

Объективные причины ошибок

1. Недостаточность, ограниченность медицинских знаний в вопросах диагностики и лечения ряда заболеваний. Нередко причиной (или одной из причин) диагностических ошибок является отсутствие сведений о ранних признаках заболевания (например, отсутствие достоверного метода определения ряда злокачественных опухолей). «Перед врачом, осматривающим ребенка с опухолью почки, стоит очень трудная задача..., так как опухоль почки в начальной стадии не имеет характерных симптомов» [2].

2. Недостаточная конкретность медицинских знаний. В отличие от математики, медицина не является точной наукой. Слепое, механическое заучивание описанных в книгах симптомов далеко не всегда приводит к успеху. Многообразие вариантов, нюансов клинического течения заболеваний, особенности возрастной и индивидуальной реакции больного, воздействие предшествовавшей осмотру терапии — все это резко ограничивает число абсолютно достоверных симптомов, требуя от врача не только и не столько оценки одного «решающего» признака, сколько анализа суммы симптомов, особенностей данного заболевания у данного конкретного больного.

3. Неоднородность знаний, опыта, специальной подготовки у врачей различного стажа. Эта объективная причина признается большинством исследователей, однако из нее отнюдь не следует, что большинство ошибок совершают молодые врачи. При анализе ошибок, допущенных в клинике, возглавляемой Ю. Ю. Джанелидзе, оказалось, что почти половина их приходится на долю маститого профессора. Об этом же пишет и И. В. Давыдовский (1967): «Интересно отметить, что количество ошибок по мере повышения квалификации... скорее увеличивается, чем падает. Дело в том, что эти врачи полны творческих дерзаний и риска. Они не бегут от трудностей, т. е. трудных для диагностики случаев, а смело идут навстречу... Меньше всего ошибаются врачи, склонные передоверять свои заключения старшим, скрываться за спинами консультантов, они вряд ли переживают свои ошибки всерьез».

4. Различный уровень оснащения медицинских учреждений диагностической и лечебной аппаратурой и оборудованием. Данная причина вряд ли может быть признана решающей, но не учитывать ее нельзя. Например, диагноз внутримозгового полостного образования существенно облегчается применением метода эхоэнцефалографии, однако отсутствие данного прибора отнюдь не оправдывает полную клиническую пассивность и беспомощность.

5. Возникновение новых заболеваний, существенное изменение течения известных патологических процессов, появление ранее описанных, но давно забытых из-за редкости заболеваний. А. С. Попов и В. Г. Кондратьев (1972) ставят под сомнение существенность этой причины, полагая, что «темпы появления новых заболеваний... явно не

столь велики, как темпы развития теоретической и практической медицины». Не отрицая справедливости приведенного положения, мы должны подчеркнуть, что обсуждаемая причина, к сожалению, имеет место и мало зависит от прогресса медицины вообще, ибо, по-видимому, трудно предвидеть возникновение нового патологического процесса и априорно изучить пути его диагностики и лечения. Примеры поздней диагностики и неадекватной лечебной тактики при первых столкновениях с синдромом длительного сдавления, неудовлетворительные результаты лечения стафилококковых деструкций легких в первые годы появления этого заболевания во всем мире (1958—1961), ошибки в диагностике таких полузабытых и редко встречающихся заболеваний, как малярия, брюшной тиф у детей — все это свидетельствует о реальной значимости данной причины ошибок.

6. Трудности распознавания атипично протекающих заболеваний. Эта причина в последние годы встречается несколько чаще. Дело в том, что широкое применение современных методов интенсивной терапии приводит иногда к скрытому течению гнойных процессов. Атипичное течение острого аппендицита, псевдоабдоминальный синдром при гнойных заболеваниях легких и плевры — все это весьма затрудняет диагностику.

Опыт показывает, что перечисленные выше объективные причины ошибок, как правило, создают определенные условия, фон, а непосредственные причины ошибок в своем большинстве носят субъективный характер.

Субъективные причины ошибок

1. Недостаточное использование врачом диагностических и лечебных приемов и методов вследствие малой осведомленности, узости профессионального кругозора или в результате поспешности, невнимательного подхода к больному. Наиболее типичным примером подобной ошибки является пренебрежение пальцевым ректальным исследованием при распознавании острых заболеваний органов брюшной полости. К сожалению, причиной отказа от этого простого и весьма информативного метода обычно является не незнание, а поспешность, отсутствие внимания, халатная «забывчивость».

2. Ошибки «промедления» — неоправданное искусственное затягивание процесса диагностики и осуществления полноценного лечения. Чаще всего эту ошибку допускают дежурные врачи, нередко откладывающие до утра решение вопроса о диагнозе и выборе метода лечения. «Совершенно очевидно, например, что правильный, но запоздалый диагноз — это ошибка, промедление с назначением рационального лечения равноценно ошибке, несвоевременная дезинфекция — хуже ошибки» [6].

3. Нарушение принципа методичности, последовательности в обследовании больного. «Скачкообразное» обследование, метание врача от изучения одной системы к другой, от одного исследования к другому, беспорядочная проверка самых различных симптомов — все это весьма пагубно отражается на точности и полноценности диагностики. Строгая последовательность и методичность являются обязательными условиями успеха в диагностическом поиске.

4. Необоснованная диагностика и неправильный выбор лечения. Речь идет о попытках постановки диагноза и выбора лечебной тактики на основании скудных данных, без достаточного подтверждения, в расчете на интуицию. Мы ни в коей мере не отрицаем значимости этого своеобразного «диагностического оружия», однако полагаем, что истинная врачебная интуиция представляет собою сплав профессионального опыта, постоянно пополняемых знаний, наблюдательности, внимания

к фактам и отточенного умения молниеносно осмыслить их, обобщить и сделать правильный вывод. Немногие врачи обладают этим даром, а обладающие пользуются им не всегда достаточно осторожно. «Стремление угадать диагноз до выяснения и изучения всех необходимых для этого данных, поспешность, стремление обойти кропотливую работу и сложный мыслительный процесс и схватить какой-то случайный диагноз «наугад» являются постоянными источниками серьезных, иногда роковых ошибок» [4].

5. Неправильное истолкование и оценка имеющихся фактов. Эта группа ошибок связана с погрешностями логического мышления. А. С. Попов и В. Г. Кондратьев (1972) в числе других приводят следующие нарушения логического мышления: заключение о причинной связи, исходящее из факта временной последовательности (post hoc — ergo propter hoc — после этого, следовательно, по причине этого). Примером является ошибочный диагноз пищевого отравления у ребенка с острым аппендицитом, поставленный на основании настойчивого рассказа родителей о появлении болей вскоре после еды. Поспешное обобщение, ошибочное применение аналогии — все это ошибки логического мышления.

6. Чрезмерная самоуверенность врача. Эта причина является нередкой как у молодых врачей (стремление самоутвердиться, «комплекс молодости»), так и у опытных специалистов («комплекс собственной непогрешимости»). И в том и в другом случае чрезмерная самоуверенность врача приводит к отказу от совета с коллегами, от созыва консилиума, к пренебрежению мнением специалиста, ранее наблюдавшего больного, и в итоге — к ущербу для больного. Уместно напомнить слова крупнейшего украинского терапевта Ф. Яновского — «Не забывайте сомневаться!»

7. Консерватизм, косность врача. Разумная осторожность к новинкам, свойственная многим врачам, с возрастом иногда переходит в неприятие всего нового, в слепую веру в привычные методы и средства. Незнание достижений современной медицинской мысли, пренебрежение регулярным чтением специальной периодики, пресловутый довод о том, что «в наше время обходились без этих новаций и все больные выздоравливали» не делают чести врачу и дорого обходятся его пациентам.

8. Чрезмерное внимание совершенствованию хирургической техники в ущерб диагностике. Это свойственно студентам, увлекающимся хирургией, субординаторам, интернам, молодым хирургам. Операция сама по себе настолько впечатляет молодое воображение, что заслуживает, отодвигает на второй план огромную, многотрудную работу по поиску правильного диагноза и направлений лечения, обоснованию показаний к операции и выбору ее метода. Куленкампф говорил, что выполнение операции является в большей или меньшей степени делом техники, воздержание же от операции — искусной работой утонченной мысли, строгой самокритики и точнейшего наблюдения. М. Торек (1943) писал: «Совершенство в умении диагностировать имеет для хирурга одинаковое, если не большее, значение, чем его хирургическая техника».

Наряду с перечисленными причинами ошибок мы выделяем следующие условия, способствующие их возникновению.

1. Критические ситуации, требующие от врача экстренных решений и действий. Острое кровотечение, удушье, разнообразные коматозные состояния не оставляют врачу времени на размышления, на совет с книгой или с коллегами, ставят его перед альтернативой: немедленный диагноз и сиюминутная помощь — или гибель больного. Именно здесь необходима максимальная собранность, решительность врача.

2. Ошибки в организации медицинской службы. Эти ошибки могут послужить причиной возникновения других просчетов. Неправильная организация работы врача, чрезмерная его перегрузка, отвлечение для

выполнения других заданий, недостаточная организация системы повышения квалификации, отсутствие должного контроля — все это создает предпосылки для возникновения врачебных ошибок.

3. Утомление, усталость врача. Физическое состояние врача в момент осмотра больного не может не играть определенной роли в качестве диагностики. Тяжелое бессонное дежурство, ответственные сложные операции, моральная и физическая усталость приводят к некоторому снижению внимания.

4. Отсутствие принципиального систематического анализа ошибок. Пренебрежение направленным анализом врачебных ошибок неизбежно создает атмосферу нетребовательности, всепрощения, замалчивания просчетов.

При обсуждении вопроса об объективном характере причин ряда врачебных ошибок нередко высказывается мнение о фатальности, неизбежности ошибок, более того — о некоем якобы вытекающем из этой фатальности «праве врача на ошибку». Этот вопрос требует однозначного ответа — права на ошибку у врача нет и не может быть. «Объективные причины и условия не порождают фатально диагностических ошибок. Они в целом создают только их возможность. Реализуются же ошибки только деятельностью субъекта познания, поэтому решающее значение приобретают субъективные причины. Большинство диагностических ошибок объясняется именно субъективными причинами» [3].

Анализ врачебных ошибок зачастую отождествляют с анализом причин летальности, с определением числа расхождений клинического и патологоанатомического диагноза. Изучение причин летальности — это лишь одна сторона проблемы. Анализ и обсуждению подлежат все врачебные ошибки, даже если ущерб от них незначителен или отсутствует. Нередко на клинико-анатомических и клинических конференциях можно слышать привычные формулировки о «крайней тяжести состояния больного», «запущенном заболевании», «неизбежности печального исхода». Нам кажется, что подобный подход вольно или невольно отодвигает на второй план истинные причины просчетов и ошибок. Мы не ставим под сомнение тяжесть состояния больного, но даже в тех случаях, где неблагоприятный исход был предreshен, нужно прежде всего задуматься — а все ли было сделано? А все ли было сделано правильно?

Необходимо предостеречь и от другой крайности. Иногда можно столкнуться с такой точкой зрения: «если больной умер, значит, где-то допущена ошибка, кто-то должен быть наказан». Несостоятельность этого суждения бесспорна. К сожалению, медицина не всесильна, наши возможности в лечении некоторых заболеваний ограничены, и находить в каждом случае смерти «виновника» — неблагоприятное и неблагородное занятие. Более того, незаслуженные наказания неизбежно оборачиваются обесцениванием административных взысканий.

Основной целью анализа врачебных ошибок является не выявление «виноватого», а установление причины ошибки, поиск путей предупреждения и устранения ее. «Ошибка требует не наказания, а исправления, предупреждающего повторение ошибки» [5].

Таким образом, анализу должны подвергаться все врачебные ошибки. Каждая погрешность врача должна стать предметом серьезного обсуждения в коллективе. Формы таких обсуждений различны. Мы практикуем анализ ошибок дежурных хирургов на утренних рапортах, анализ погрешностей в обследовании и подготовке больных к операции на еженедельных клинических разборах, конференциях, совещаниях, придавая большое значение воспитательному характеру анализа ошибок — на подобных обсуждениях всегда присутствуют студенты, субординаторы, интерны. Более того, ежегодно мы читаем студентам 5-го курса итоговую лекцию «Ошибки в детской хирургии», в которой проводим

анализ наших ошибок и просчетов за год. Эта идея заимствована нами у нашего учителя профессора С. Л. Либова. Прошли десятилетия, но и сегодня в памяти живы его предельно принципиальные и откровенные лекции, его жесткая и честная оценка собственных ошибок. Нужно подчеркнуть, что истинная польза от изучения ошибок будет только в том случае, если первым, самым придирчивым, самым настойчивым исследователем будет сам врач, допустивший ошибку. Именно он может и должен путем обстоятельного анализа найти истинные причины ошибки, обнаружить подчас не доступные постороннему глазу нюансы, задуматься над тем, как избежать таких ошибок в дальнейшем и как предостеречь от них коллег. Бильрот писал: «Только слабые духом, хвастливые болтуны и утомленные жизнью боятся открыто высказаться о своих ошибках. Кто чувствует в себе силу сделать лучше, тот не будет иметь страха перед сознанием своей ошибки».

Старая пословица гласит: «На ошибках учатся». Бисмарку приписывают слова: «На своих ошибках учатся глупцы, умные учатся на чужих ошибках». По-видимому, каждый врач должен учиться на своих и чужих ошибках, учить на своих ошибках коллег, имея конечной целью уменьшение числа просчетов в распознавании болезней и лечении больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдовский И. В. Ошибки врача. Лит. газета, 1967, 33.—2. Дурнов Л. А. Злокачественные опухоли почек у детей. М., «Медицина», 1967.—3. Попов А. С., Кондратьев В. Г. Очерки методологии клинического мышления. М., «Медицина», 1972.—4. Рейнберг Г. А. Методика диагноза. М., «Медгиз», 1951.—5. Смольяников В. М. Материалы I Всесоюзной конференции по проблемам медицинской деонтологии. М., 1970.—6. Сырнев В. М., Чикин С. Я. Врачебное мышление и диалектика. М., «Медицина», 1971.—7. Thorek M. Surgical errors and Safeguards. Philadelphia, 1943.

Поступила 18 октября 1977 г.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.155.294—053.2:616.155.1

СОСТОЯНИЕ ЭРИТРОКИНЕТИКИ ПРИ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ У ДЕТЕЙ

А. М. Смирнов

Кафедра факультетской педиатрии (зав.— проф. К. А. Святкина) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Исследованы показатели эритрокинетики у 29 детей с тромбоцитопенической пурпурой в зависимости от формы заболевания — иммунной или неиммунной. Изучена динамика этих показателей на фоне лечения. Выявлено повышение суточного эритропоза, уровня гемолиза эритроцитов, сокращение продолжительности жизни эритроцитов, более выраженное при иммунной форме заболевания.

Тромбоцитопеническая пурпура является наиболее распространенным видом геморрагического диатеза у детей. Между тем, несмотря на большой вклад отечественных и зарубежных ученых в изучение тромбоцитопений, вопросы патогенеза анемий, сопровождающих эти состояния, особенности их течения, принципы лечения остаются недостаточно выясненными. Работ, посвященных комплексному исследованию показателей эритрокинетики — суточного эритропоза, интенсивности суточного гемолиза и продолжительности жизни эритроцитов, мы в литературе не нашли.

Перед нами стояла задача изучить эритрокинетическую систему у детей, страдающих тромбоцитопенической пурпурой, как в момент геморрагического криза, так и в процессе лечения. У 29 детей с тромбоцитопенической пурпурой (18 мальчиков и 11 девочек в возрасте от 2 до 14 лет) проведено в общей сложности 86 исследований показателей эритрокинетики. В группу обследуемых мы отбирали лишь тех больных, у