

различными способами: обычной атропинизацией (3—10 дней), длительной атропинизацией (30 дней), оптическим микрозатуманиванием с дивергентной дезаккомодацией (МЗ с ДДА) от 10 до 45 сеансов. Наибольшее увеличение остроты зрения констатировано при МЗ с ДДА (50% на $0,23 \pm 0,04$). Наибольшее уменьшение субъективной (в 75% на $0,69 \pm 0,01$ Д) и объективной рефракции (в 59% на $0,68 \pm 0,04$ Д) достигнуто при длительной атропинизации. При релаксации МЗ и ДДА и обычной атропинизацией отмечались колебания рефракции как в сторону уменьшения, так и в сторону увеличения ($0,41—0,63$ Д).

Уже при начальной степени миопии обнаруживалось нарушение бинокулярного зрения (8,2%), периодическое расходящееся косоглазие (17,8%). В 70% определялась несколько большая (на $0,5—0,25$ Д) миопия на ведущем глазу.

Объем абсолютной аккомодации был нормальным в 80% и несколько пониженным в 20%. Резервы конвергенции, определенные призмой Гершеля, равны $23,4 \pm 4,8$; резервы дивергенции — $7,96 \pm 1,06$ пр. д.; фузионные резервы: положительные — $31 \pm 8,2$ пр. д., отрицательные — $8,65 \pm 2,31$ пр. д. Передне-задний размер глаз, определенный эхографически, равен $24,8 \pm 0,2$ мм.

Глазное дно оказалось нормальным у 75,4%. Среднегодовой градиент прогрессирования составил $1,1 \pm 0,08$.

УДК 615.835.3:576.75

Е. И. Сидоренко, О. И. Зудина, О. И. Сереброва (Москва). Влияние карбогена на функции организма

Для улучшения гемодинамики и оксигенации тканей предложена ингаляция смеси кислорода с двуокисью углерода — карбогена.

Нами проведено 898 исследований у 75 пациентов. Средний возраст больных составил 57 лет. Больные получали карбогенотерапию при первичной глаукоме 1—3-й стадий, атрофии зрительного нерва, макулодистрофии, окклюзии центральной вены сетчатки высокой близорукости, пигментной дегенерации сетчатки, ретробульбарных невритах и др.

Курс лечения включал 20—35 процедур, которые проводили по 15—20 мин 1—2 раза в день. Процедуру больной получал лежа, так как в этом случае диффузионная способность легких на 15—20% больше, чем в положении сидя. Карбоген давали в концентрации 3, 5, 7, 8, 9, 10%.

Клинические исследования показали, что ингаляции хорошо переносятся больными. Небольшая часть пациентов отмечала быстропроходящие головную боль, головокружение, боли в области сердца во время ингаляций 8—10% карбогена, поэтому такие концентрации мы применяли редко.

Ингаляции карбогена не вызывали существенных изменений кислотно-основного равновесия, и все показатели его находились в пределах нормы. Отдаленные исследования выявили незначительное, но длительное (до 30 дней) повышение pCO_2 в капиллярной крови.

Влияние карбогенотерапии на функции органа зрения нами исследовано у 116 человек. При сравнительном изучении зрительных функций в 2 группах больных — леченных только карбогеном (1-я группа) и получавших комбинированное лечение (2-я группа) — улучшение в 1-й группе выявлено у 62,7% больных, а во 2-й — у 71%. Это указывает на то, что карбоген предпочтительнее применять в комплексном лечении. Улучшая гемодинамику и оксигенацию тканей, карбоген вместе с тем не может заменить собой витамины, энергетические средства, этиотропное лечение. Карбогенотерапия наиболее эффективна при пигментной абитрофии сетчатки, ретробульбарном неврите, передней ишемической нейроретинопатии, глаукоме, диабетической ретинопатии, макулодистрофиях, высокой близорукости.

ЛЕКЦИЯ

УДК 616.24—002.5—079

ОРГАНИЗАЦИЯ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ПОЛИКЛИНИКЕ

Проф. Г. А. Смирнов

(Казань)

После внедрения в практику противотуберкулезных антибиотиков и химиопрепаратов заболеваемость населения туберкулезом стала быстро снижаться. Этому способствовало значительное уменьшение массивности бактериовыделения у лиц с открытыми формами процесса под влиянием туберкулоостатической терапии. Абацеллирование происходит настолько быстро, что эпидемиологическая опасность больных уже через

4 нед лечения уменьшается в 2000 раз [6]. По подсчетам Р. Лоудона, это значит, что через 1 мес лечения больного химиопрепаратами здоровому человеку безопаснее провести с ним в одной комнате 24 ч, чем 1 мин до начала химиотерапии. Поэтому сейчас совершенно справедливо считается, что больной туберкулезом опасен для окружающих до тех пор, пока он не вызылен. Эффективное лечение больных в настоящее время признано главной движущей силой в борьбе с туберкулезом, так как оно ведет к уменьшению резервуара инфекции среди населения.

Наметившиеся темпы снижения заболеваемости были настолько выраженными, что породили уверенность в скорой ликвидации туберкулеза как распространенного заболевания. В конце 50-х годов было много надежд на то, что с туберкулезом будет покончено за 10—12 лет. С тех пор прошло 20 лет, а туберкулез остается самым распространенным инфекционным заболеванием на земном шаре. Дело в том, что в подобных оптимистических прогнозах не был учтен ряд особенностей туберкулеза как инфекционного заболевания, делающих невозможным его ликвидацию за короткий срок. В частности, снижение резервуара инфекции ведет к уменьшению заболеваемости главным образом у детей, так как туберкулез у них является первичным и зависит от экзогенной инфекции. У взрослых туберкулез вторичный; в подавляющем большинстве случаев его возникновение обусловлено активацией эндогенной инфекции, проникшей в организм много лет назад и гнездящейся в заглушенных очагах. Активация ее происходит при воздействии на организм разнообразных факторов, снижающих противотуберкулезный иммунитет. К ним относятся нарушения нервно-эндокринной регуляции (психические травмы и перенапряжение нервной системы, экзогенное введение гормонов коры надпочечников, заболевание диабетом и др.), беременность и роды, а также прерывание беременности, старческое увядание организма, хронические болезни желудочно-кишечного тракта, хронические неспецифические заболевания легких, силикоз, некоторые инфекционные заболевания, особенно эпидемический грипп и т. д. Частота воздействия на организм людей многих из этих факторов в современных условиях возрастает. При этом риск заболевания туберкулезом наиболее велик у лиц с массивным первичным инфицированием (пришедшим, как правило, в детстве), усугубленным суперинфекцией, неоднократно присоединившейся на протяжении жизни. У них обычно имеются видимые на рентгенограммах изменения в легких туберкулезной этиологии. Таких лиц принято называть «рентгеноположительными». Особенно часто эти изменения встречаются у лиц пожилого и старческого возраста, выросших и проводивших большую часть жизни во времена, когда еще был огромный резервуар инфекции среди населения. Внедрение в практику антибиотиков и химиопрепаратов и связанное с этим уменьшение числа бактерий-делителей среди населения, а также значительное улучшение условий жизни людей, расширение и повышение эффективности вакцинации БЦЖ привели к снижению заболеваемости, особенно выраженному среди детского населения. Например, в Украинской ССР с 1950 г. заболеваемость населения туберкулезом уменьшилась в среднем в 6,5 раза, но это произошло в основном за счет резкого — в 25 раз — снижения заболеваемости детей [1]. Заболеваемость взрослых, а тем более лиц пожилого и старческого возраста, уменьшилась далеко не столь значительно. У детей наряду с падением заболеваемости отмечен также выраженный сдвиг инфицированности к старшим возрастам. Первое проникновение инфекции в организм (инфицирование, которое документируется виражом туберкулиновых проб), в прошлом наблюдавшееся у большинства детей в дошкольном и раннем школьном возрасте, сейчас происходит у подростков и даже у молодых взрослых. При этом массивность инфекции, как правило, небольшая. Она ведет лишь к инфицированию и крайне редко — к заболеванию.

Поскольку инфицированность взрослых еще велика (80—100%), каждый из них имеет риск заболеть туберкулезом на протяжении жизни в результате действия факторов, снижающих сопротивляемость организма. А при возникновении заболевания, особенно до его выявления, взрослые будут инфицировать детей. По-видимому, значительное снижение заболеваемости взрослых произойдет тогда, когда поколение людей более инфицированных сменится поколением людей менее инфицированных. Фактор смены поколений сейчас уже начал действовать, так как взрослыми стали люди, родившиеся в 50-х годах и выросшие в условиях снижающегося резервуара инфекции. Особенно низкая инфицированность взрослых ожидается у поколения людей, родившихся в 60-х и 70-х годах нашего столетия.

Быструю ликвидацию туберкулеза затрудняет еще одна его особенность, имеющая непосредственное отношение к показателям выявляемости, — несоответствие между размерами анатомических изменений и выраженностью клинических проявлений болезни. Известно, что при туберкулезе могут длительно отсутствовать симптомы болезни при далеко зашедшем процессе в легких, и это затрудняет своевременное выявление больных. А до выявления больные инфицируют окружающих.

Исследования показали, что в настоящее время среди населения накопилось значительное число невыявленных больных, так как при обычных флюорографических обследованиях с охватом 70—80% населения, многие люди (до 30% населения) не подвергались профилактическим осмотрам в течение нескольких, иногда многих, лет. Как указывают Ш. А. Табидзе и соавт., при дообследовании 20—30% населения, не явившегося на флюорографию, было обнаружено столько же больных туберкулезом, сколько среди 70—80% населения, которое систематически проходило профилактиче-

ские осмотры [9]. По данным Грабенера (1966), даже среди 10% необследованных число неизвестных больных может быть не меньшим, чем среди 90% обследованных. Для выявления этих больных возникла необходимость в создании флюорографических картотек, которые обеспечивают охват осмотрами всего населения. Анализ результатов такой работы свидетельствует, что она позволяет добиться снижения показателя заболеваемости населения туберкулезом в 1,5—2 раза. Однако даже там, где профилактическое флюорографическое обследование населения проводится ежегодно, на высоком уровне и с почти полным охватом населения (ГДР, Чехословакия, многие области нашей страны), все равно до 35—45% больных бывают обнаружены при самостоятельном обращении их в поликлиники, т. е. тогда, когда уже появились симптомы болезни [3, 7]. Это объясняется тем, что при флюорографии нередко не удается установить начальные изменения в легких, скрытые за тенью мягких тканей и костных образований. Кроме того, туберкулез может возникнуть и быстро прогрессировать между двумя флюорографическими обследованиями.

Предполагается, что после полного охвата населения флюорографическими осмотрами в течение нескольких лет, когда будут обнаружены все ранее не выявленные больные туберкулезом и все рентгеноположительные, объем флюорографических осмотров сократится. Ежегодно будут обследовать только группы повышенного риска, лиц, контактирующих с большой массой населения и поэтому эпидемиологически опасных в случае заболевания (так называемые обязательные контингенты), а также мужчин старше 40 лет на предмет своевременного распознавания у них рака легких. Остальное население предполагается обследовать 1 раз в 4—5 лет, а в промежутках между этими обследованиями основная работа по выявлению туберкулеза будет ложиться на поликлиники.

Таким образом, с развитием массовых профилактических осмотров населения на туберкулез роль поликлиник в своевременном обнаружении больных не снижается, а даже возрастает, так как уменьшение осторожности населения и врачей в отношении заболевания туберкулезом может привести к увеличению числа «пропусков» и развитию запущенных форм болезни. Между тем возможности излечения больных, а следовательно, и уменьшения резервуара инфекции среди населения, т. е. все итоги борьбы с туберкулезом, зависят от своевременности выявления заболевших.

Поликлинический минимум подлежащих обследованию для своевременного выявления больных туберкулезом был разработан довольно давно, и сейчас он содержит много дополнений. В основном он включает контингенты «особо подозрительных» и «особо угрожаемых» в отношении заболевания туберкулезом. При этом обследование считается выполненным, если применен рентгеновский метод (желательно флюорография или обзорная рентгенография, так как при рентгенокопии бывает много ошибок) и анализ мокроты на ВК у больных, у которых она выделяется.

К категории «особо подозрительных» относят 3 группы поликлинических контингентов:

1) лиц с длительным недомоганием, повышенной утомляемостью, субфебрилитетом, необъяснимой одышкой или кровохарканьем, ночной потливостью, с затянувшимся периодом выздоровления после инфекционных заболеваний, оперативных вмешательств, травм и т. д.:

2) больных с повышенной температурой и такими легочными симптомами, как кашель, мокрота, одышка, хрипы, при длительности болезни больше 4—5 дней (направление их на рентгенологическое обследование в настоящее время важно не только для выявления туберкулеза, но и для своевременной диагностики пневмоний);

3) длительно и часто болеющих простудными заболеваниями. Их рекомендуется обследовать при каждом очередном обострении болезни и не реже 1 раза в год. Особое место среди этой группы больных занимают лица, страдающие ХНЗЛ, так как за неспецифическими изменениями часто скрывается туберкулез. У этих больных главным методом обнаружения туберкулеза является исследование мокроты на ВК. Методом посева при этом выявляют ВК у 10—15 и более (до 40) человек на 1000 обследованных [2]. Это очень много, если учесть, что речь идет о выявлении бациллярных больных. Поэтому у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких рекомендуют делать посев мокроты на ВК 1—2 раза в год.

Вторая категория лиц, подлежащих в поликлиниках систематическому обследованию на туберкулез, — «особо угрожаемые», или лица с повышенным риском заболевания. Некоторым из них необходимо проведение химиопрофилактики туберкулеза изониазидом по 5—10 мг/кг в однократных дозах по 2—3 мес весной, а иногда и осенью в течение 2—3 лет. Иногда курсы химиопрофилактики целесообразно повторять и в дальнейшем. При этом химиопрофилактику осуществляет поликлиника, а изониазид больные получают в тубдиспансере из бесплатного фонда.

В зависимости от необходимой частоты обследования и обязательности проведения химиопрофилактики эти контингенты можно разделить на несколько групп.

1. Наиболее «угрожаемую» группу в отношении заболевания туберкулезом составляют лица, страдающие диабетом, силикозом, хроническими болезнями крови, длительно получающие гормоны коры надпочечников, а также злоупотребляющие алкоголем. Поэтому их необходимо обследовать на туберкулез 2 раза в год и проводить химиопрофилактику, сроки которой определяются индивидуально в зависимости от тяжести упомянутых болезней или дозы гормонов, а главное — в зависимости от на-

личия или отсутствия изменений туберкулезной этиологии в легких. Рентгеноположительным должно быть уделено особое внимание [5]. Обследованию на туберкулез подлежат также все больные перед первым назначением (по любому поводу) гормонов коры надпочечников. При этом рентгеноположительным проводят химиопрофилактику изониазидом независимо от продолжительности предполагаемой гормонотерапии, а рентгеноотрицательным (но инфицированным) — только при назначении длительных курсов.

2. Лиц с язвенной болезнью, с резецированным желудком и другими хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта рекомендуется обследовать 1 раз в год без применения химиопрофилактики, так как у них риск заболевания туберкулезом несколько меньше. Однако ввиду того, что у больных с резецированным желудком заболевание туберкулезом чаще всего возникает в первые 4 года после операции, в этот период рентгеноположительным целесообразно проводить химиопрофилактику [1]. По-видимому, ее следует назначать и рентгеноположительным больным с тяжелыми формами язвенной болезни. К этой группе надо причислить и больных, получающих гемодиализ, так как замечено, что у них имеется повышенный риск заболевания милиарным туберкулезом.

3. Особое место среди групп людей с повышенным риском заболевания туберкулезом занимают лица старческого возраста, которые уже не могут явиться ни на флюорографию, ни в поликлинику. Еще клиницисты прошлого заметили, что кашляющие старики представляют большую эпидемиологическую опасность, так как кашель в этом возрасте часто является единственным симптомом туберкулеза, а старые люди часто находятся дома в тесном контакте с детьми. Вместе с тем кашель у лиц старческого возраста имеется почти всегда — он связан с возрастным пневмосклерозом и хроническим бронхитом. Поскольку рентгенологическое обследование этих контингентов невозможно, рекомендуется проводить посев мокроты на ВК. Сбор мокроты осуществляет поликлиническая служба, а посевы производят бактериологические лаборатории тубдиспансеров.

4. В настоящее время установлено, что далеко зашедший туберкулез легких довольно часто встречается у «мигрирующего» населения. По данным Т. П. Коломнец (1976), частота выявления активного туберкулеза легких (в расчете на 1000 обследованных) у лиц, оформляющих прописку, в 4—5 раз выше, чем у постоянного населения. Это определяет необходимость направлять на флюорографию всех впервые посещающих поликлинику.

5. Наибольший риск заболевания туберкулезом имеется у лиц, перенесших активный туберкулез легких и снятых с учета по выздоровлению. Вообще излечение туберкулеза при современной химиотерапии, как правило, стойкое. Рецидивы наблюдаются в среднем у 4% выздоровевших. Однако эта цифра приобретает большую значимость, если учесть, что среди населения имеются уже сотни тысяч людей, снятых с учета тубдиспансеров по выздоровлению. Правда, сейчас в диспансерах созданы VII группы учета, в которые включают, с целью ежегодного обследования, лиц с большими остаточными изменениями после излечения туберкулеза легких. Но необходимо иметь в виду, во-первых, что лица с незначительными остаточными изменениями, а также перенесшие экссудативный плеврит передаются под наблюдение поликлиник; во-вторых, и лица с большими остаточными изменениями часто посещают поликлинику, в то время как привлечение их для обследования в диспансер нередко сопряжено с немалыми трудностями. Поэтому у поликлинических врачей в отношении к ним должна быть особая осторожность, тем более что на фоне метатуберкулезного пневмосклероза может развиваться хронической бронхит и даже хроническая пневмония, обострения которых трудно дифференцировать от вспышки туберкулеза. По-видимому, такая же осторожность должна быть и в отношении лиц, живущих в контакте с бацилловоделителями (IV группа диспансерного учета), которые тоже нередко посещают поликлинику.

• Кроме терапевтического кабинета поликлиник, в выявлении больных туберкулезом большую роль играют детская и женская консультации, а также другие службы. Основная задача детской консультации — своевременная диагностика инфицирования детей, которая осуществляется путем систематического проведения туберкулиновых проб. При обнаружении выража туберкулиновых проб дети и подростки подлежат обследованию на выявление активного туберкулезного процесса, а при отсутствии последнего им назначают химиопрофилактику изониазидом, которая сейчас признана самым эффективным методом предупреждения туберкулеза. Родители детей с выражением туберкулиновых проб и все члены семьи также подлежат обследованию; при этом часто удается обнаружить источник инфекции.

У детей и подростков с ранее положительными туберкулиновыми пробами необходимо их повторять, что позволит своевременно выявить усиление туберкулиновой чувствительности (гиперергию), которое может быть первой манифестацией заболевания. При отсутствии активного туберкулеза им тоже проводят химиопрофилактику. Следует также иметь в виду, что в настоящее время дети и подростки чаще заболевают туберкулезом не сразу после инфицирования (выража), а в отдаленные сроки. При этом заболевание возникает тем чаще, чем выраженнее туберкулиновые реакции. Поэтому все инфицированные дети должны быть под особым контролем, а при передаче 18-летних из подросткового кабинета в терапевтический очень важно сохранить все сведения

о туберкулиновых пробах и вакцинации БЦЖ. К сожалению, в терапевтических кабинетах эти сведения часто отсутствуют, что затрудняет своевременное выявление и дифференциальную диагностику туберкулеза.

Беременность, роды, а также прерывание беременности нередко ослабляют организм женщины и могут привести к активации эндогенной туберкулезной инфекции. Поэтому беременные женщины всегда подлежали обязательному обследованию на туберкулез. Однако после запрета массовых профилактических рентгенологических обследований беременных их практически перестали обследовать совсем. Между тем запрещены только массовые профилактические рентгеновские обследования беременных; диагностические же исследования в случаях возникновения какого-то заболевания легких не только возможны, но и абсолютно необходимы. Обязательное профилактическое обследование теперь рекомендовано проводить в течение 1 мес после родов [6], тем более что именно в послеродовом периоде особенно снижаются защитные силы организма женщины и наиболее часто наблюдается активация эндогенной туберкулезной инфекции. Женщинам со специфическими изменениями в легких при наличии других отягчающих обстоятельств в ряде случаев целесообразно проводить химиопрфилактику изониазидом в дородовом и послеродовом периоде [13]. В современных условиях многие молодые женщины могут быть не инфицированы. Поэтому в комплекс обследования беременных необходимо включать туберкулиновые пробы и при отсутствии инфицирования повторять их в послеродовом периоде. В случае выявления вируса показана химиопрфилактика.

Роль других кабинетов поликлиники в своевременном выявлении туберкулеза состоит в том, что при подозрении на любую внеторакальную форму туберкулеза они обязаны направить больных на рентгенологическое обследование легких.

В работе по выявлению больных туберкулезом большую помощь могут оказать и стационары общего профиля. Поскольку привлечение населения на профилактическое флюорографическое обследование часто сопряжено со значительными трудностями (особенно это относится к лицам пожилого возраста и к страдающим различными хроническими нелегочными болезнями), пребывание человека в стационаре любого профиля является очень удобным моментом для профилактического рентгенологического обследования. Поэтому всех стационарных больных, не проходивших флюорографию в течение последних 6—12 мес, целесообразно обследовать на туберкулез, особенно лиц, относящихся к перечисленным выше группам повышенного риска, и, конечно, тех, кому предстоит лечение гормонами коры надпочечников. У всех больных пневмонией кроме рентгенологического обследования необходимо проводить анализ мокроты на ВК бактериоскопическими методами, а при деструктивных и повторных пневмониях — и методом посева.

Особое место в этой работе отводится психиатрическим больницам. Лица, страдающие тяжелыми психическими болезнями, относятся к группе высокого риска заболевания туберкулезом. Их рекомендуется обследовать 2 раза в год и проводить химиопрфилактику, которая позволяет снизить заболеваемость туберкулезом в 8—10 раз [14].

В настоящее время роль поликлинической службы в своевременном выявлении больных туберкулезом существенно расширилась. При поликлиниках создаются картотеки флюорографического обследования населения, способствующие более полному охвату осмотрами. В сельской местности многих больных туберкулезом удается выявить при подворных обходах — по результатам опроса людей о наличии симптомов болезни, вносимым в специальные карты [10].

Качество выполнения поликлинического минимума и своевременность выявления больных туберкулезом во многом зависят от преемственности в работе поликлиник и тубдиспансеров. Задачи диспансеров в этой части сводятся к следующему.

1. Контроль за выполнением поликлинического минимума.
2. Помощь поликлиникам в организации и освоении методик рентгенологического и бактериологического обследования больных.
3. Консультации с выполнением более сложных методик обследования больных.
4. Информирование поликлиник о лицах, снятых с учета диспанера по выздоровлению, о контингентах IV, III и VII групп учета, а также рентгеноположительных, учтенных во флюорокартотеке. По спискам, представляемым диспансером, в поликлиниках должны быть сделаны соответствующие пометки на амбулаторных картах, так, чтобы при каждом поликлиническом приеме больного они были сразу видны врачу. Эти сведения необходимо передавать и в женские консультации. Диспансерам следует контролировать выполнение этой работы.
5. Проведение семинаров, конференций, декадников и т. д. в целях повышения знаний поликлинических врачей в области диагностики туберкулеза.

6. Разбор с врачами поликлиник случаев позднего выявления туберкулеза с определением причин его, которые могут быть сформулированы следующим образом [8]:

— недостаточное знакомство врачей с клиникой и диагностикой туберкулеза либо некачественное рентгенологическое или лабораторное обследование. Такую причину определяют в случаях, когда больной обращался к врачам, но туберкулез не был своевременно распознан;

— небрежное отношение больного к своему здоровью. Такую причину констатируют, когда у больного были симптомы болезни, но он не обращался за помощью. В

этих случаях делают вывод о слабой санитарной пропаганде среди населения; — иннаперцептное течение болезни. В этих случаях делают вывод о недостаточно полных, профилактических осмотрах населения.

Таким образом, определение в каждом случае причины позднего выявления туберкулеза помогает обнаружить слабые звенья в постановке работы и провести необходимые мероприятия.

Четкая организация работы поликлиник по своевременному выявлению больных туберкулезом играет важнейшую роль в ликвидации туберкулеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анастасов В. Пробл. туб., 1976, 11.— 2. Гамперис Л. Ю., Бобченко А. П. Там же, 1978, 10.— 3. Греймер М. С., Фейгин М. И. В кн.: Противотуберкулезная работа в поликлинике. Л., 1974.— 4. Коломиец Т. П. В кн.: Труды VIII Всесоюз. съезда фтизиатров. М., 1976.— 5. Костина З. И. и соавт. В кн.: Актуальные вопросы туберкулеза. Л., 1976.— 6. Лоудон Р. В кн.: Труды XXI Международной конференции по туберкулезу. М., 1972.— 7. Маргулис Н. Ю. и соавт. Сов. мед., 1974, 2.— 8. Незлин С. Е., Ойребах М. И. Многоотомное руководство по туберкулезу. М., Медицина, 1962, т. IV.— 9. Табидзе Ш. А. и соавт. Пробл. туб., 1971, 12.— 10. Урсов И. Г. и соавт. Там же, 1970, 8.— 11. Яценко Б. П., Двойрин М. С. Врач. дело, 1973, 1.— 12. Grabener J. Off. Gesundheits-Dienst, 1966, 28, 10.— 13. Schwabe K. u. a. Beitr. Klin. Tub., 1966, 134, 2.— 14. Teti V. e. a. J. Ital. Mal. Torace, 1968, 22, 4.

Поступила 24 апреля 1979 г.

В ПОМОЩЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ И СТУДЕНТУ

УДК 616—085—07—035.7

О ПРИЧИНАХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ РАСПОЗНАВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

А. С. Димов

*Кафедра госпитальной терапии (зав.— заслуж. деят. науки УАССР Л. А. Лецинский)
Ижевского медицинского института*

Реферат. На основании изучения более 40 классификаций причин диагностических ошибок составлена классификация основных деонтологических факторов, участвующих в возникновении диагностических ошибок. По специальной методике был изучен материал 601 истории болезни с диагностическими ошибками. Выяснилось, что в 78,4% источниками возникновения врачебных ошибок в той или иной мере явились деонтологические факторы (недостаточно полно собранная информация о больном или неправильная ее трактовка).

Ключевые слова: заболевания внутренних органов, деонтология.

1 таблица. Библиография: 30 названий.

В деонтологии на сегодня в основном определен и частично разработан лишь круг изучаемых ею вопросов: принципы общения врача с больным, врача с коллегой, врача с коллективом, обществом, государством, врача с родственниками больного [5, 25]. Между тем деонтология, как и всякая область знаний, должна основываться на определенных связях, закономерностях, категориях. Не случайно в литературе, посвященной врачебной деонтологии, указывается на актуальность изучения деонтологических категорий и их роли во врачебной деятельности.

К сожалению, многочисленные работы по деонтологии, как правило, либо имеют частный, описательный, иллюстративный характер, либо весьма общи, декларативны, недостаточно результативны в практическом отношении.

Если в лечении деонтологические промахи ведут к безуспешности терапии и ятрогении, то в диагностике они являются причиной диагностических ошибок и диагностических ятрогений. Нами изучено более 40 классификаций причин диагностических ошибок.

Характер врача играет не меньшую роль во врачебной ошибке, в частности в диагностике, чем все остальные факторы [3, 28]. Психолого-поведенческие факторы могут быть подразделены на эндопсихическую и экзопсихическую группы [19]. В первую группу, как отражающую внутреннюю связь элементов психической деятельности, входят особенности памяти, воображения, воли, способности к творчеству, импульсивность, восприимчивость и т. д. Сюда же условно следует отнести такие конкретные причины ошибочной диагностической деятельности, упоминаемые различными