

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

авторами, как бедность или отсутствие интуиции [1], отсутствие вдохновения [8], мышление без ассоциаций, недисциплинированность мышления [15, 16], невнимательность [9, 12, 18, 20], поспешность [10], внушаемость [21].

Экзопсихическая группа факторов, как отражающая установки поведения и отношения личности к среде — интересы, склонности, преобладающие чувства, оформившиеся знания и др. — содержит относительно большее число факторов, поэтому целесообразно рассмотреть их подразделение. Наиболее широким и объемлющим является, по нашему мнению, деление на профессиональные, специфические и непрофессиональные, неспецифические (более личностные) факторы. К первым можно отнести невежество врача [6, 26, 27], незнание [7, 8, 29], недостаточную подготовку врача (недостаточную квалификацию), отсутствие опыта [2, 4, 5, 12], специализацию, узкий локализованный подход [8, 14, 16, 18]; ко вторым — халатность и недобросовестность [6, 23, 26, 29], небрежность [6, 8, 11, 29], отсутствие чувства ответственности [20], склонность к оптимизму и пессимизму [22], нерешительность, неуверенность в себе [17], боязнь за свой авторитет, страх за свою судьбу, ложный стыд [13], сомнение, заносчивость, уверенность в собственной непогрешимости, отсутствие самокритичности [5, 13] и др. Перечисленные психолого-поведенческие факторы, по существу отражающие компоненты деонтологии вообще и медицинской в особенности, нам представляются более выраженными в подгруппе специфических факторов.

А. Ф. Билибин (1972) указывает, что деонтология не просто учение о долге врача, а «в сущности ... охватывает основу философии медицинской деятельности»; он относит к деонтологическим такие медицинские понятия, как врачевание, клиническое мышление; научность, логичность, интуитивность, искусство, эмоциональность, шаблонность врачебного мышления; врачебное чутье, авторитет, мудрость, человечность и т. д.

Методологически многоликость и разнокалиберность различных деонтологических факторов диагностических ошибок усложняют правильное понимание их значения и затрудняют количественную оценку роли каждого из них в науке о врачебных ошибках — *errologia medica* [12]. Между тем очевидно, что подобного рода анализ представляет интерес для медицинской общественности.

В связи с этим нами была изучена методом ретроспективного анализа 601 история болезни с диагностическими ошибками (при сличении внебольничных диагнозов с заключительными диагнозами стационара), где, наряду с другими причинами объективного и субъективного порядка, констатированы деонтологические факторы ошибок. Выступая против расширительного, беспредельного круга деонтологических категорий и солидаризируясь с мнением З. И. Янушкевичуса (1974), считающего основными, ведущими категориями врачебный долг, врачебную совесть, врачебную ответственность, мы скомпоновали все разнообразие деонтологических факторов диагностических ошибок в 9 групп: невнимательность; спешка; неуверенность; перестраховка; недостаточность подготовки врача; ограниченность терапевта как специалиста; самоуверенность; небрежность; прочие причины.

Учитывая условность деления деонтологических категорий и определенную сложность их выявления при ретроспективном анализе историй болезни и соответствующих амбулаторных карт, мы считаем необходимым дать те ориентиры, которыми руководствовались при оценке каждой из них в деятельности врача-диагноста.

Невнимательность устанавливалась тогда, когда обнаруживалось упущение какой-то детали, момента, факта, для выявления которых не требовалось особых усилий врача, так сказать лежащих сверху и оказавших на дальнейшем этапе влияние на исправление диагноза; как правило, она проявлялась в связи с анамнестическим и физикальным обследованием больного. **Небрежность** квалифицировалась в тех случаях, когда врачом не были замечены элементарные данные, просмотрены крупные факты, блоки или группы основных сведений, имеющих явный характер, выявлялись доказательства совершенного незнания врачом больного. Нередко это проявлялось почти полным отсутствием анамнеза или физикальных данных в медицинских документах. Таким образом, в формировании этого фактора ошибочной диагностики обязательным компонентом служила явная подчеркнутая недобросовестность врача. **Недостаточность подготовки (опыта)** определялась как дефект квалификации терапевта, не сумевшего разобратся в том или ином диагностически важном элементе, требующем известного опыта, знаний, диагностического чутья. В результате, несмотря на относительно правильный и полный объем информации, рождалось ошибочное заключение. **Спешка** в деятельности врача выявлялась всем анализом медицинской документации, раскрывающим кратковременность контакта врача и больного (часто это имело место в работе «скорой помощи»). **Самоуверенность** определялась в тех случаях, когда врач, несмотря на появление дополнительных данных в развитии заболевания, противоречащих исходной диагностической версии, тем не менее упорно придерживался ее, либо при всем комплексе конкурентных и противоречивых симптомов увлекался более зыбкими предположениями, по-видимому, не подвергая их сомнению и критике (нередко вопреки мнению консультантов и других коллег). **Неуверенность** констатировалась при наличии нередко целого реестра подстраховочных диагнозов к основному, как правило, родственного характера или дополнительных формулировок в направлении. **«Узость» специалиста** выявлялась, как правило, когда терапевт как специалист широкого профиля не «справлялся» с заболеваниями, относительно редко встречающимися в его практике или подлежащими компетенции гематолога, эндокринолога,

онколога и т. д. Чаще оставались нераспознанными заболевания из смежных с терапевтической областей, т. е. врач-терапевт мыслил рутинно, шел по проторенному пути, оперируя стереотипным кругом основных для терапевтической специальности нозологических единиц. **Перестраховка** — случай, когда основным диагнозом направления из двух возможных вариантов ставится не более вероятный и обоснованный, а более прогностически опасный и тяжелый.

Определенную трудность дифференцировки указанных деонтологических источников создает глубокая, диалектическая взаимосвязь всех видов формулировок. В каждой из них есть элементы всех остальных, и все они имеют один деонтологический корень, справедливо считающийся З. И. Янушкевичусом (1974) центральным, — недобросовестность (безответственность).

Приведем ряд наблюдений.

В., 47 лет, поступила в стационар после недельного наблюдения в поликлинике с диагнозом: анемия неясной этиологии. Основные жалобы: сердцебиение, резкие колющие боли в области сердца, головная боль к вечеру и после физической нагрузки, слабость в течение месяца, черный стул в течение недели, в день госпитализации обнаружено снижение уровня гемоглобина крови до 0,6 ммоль/л. При физикальном и инструментальном обследовании было обращено внимание на бледность больной, обложенность языка. Система дыхания — без изменений. При исследовании сердечно-сосудистой системы отмечено ослабление I тона, систолический шум на верхушке; пульс 110 уд. в 1 мин, АД 16/11 кПа (120/80 мм рт. ст.). Живот при пальпации не сколько болезнен в эпигастриальной области. Анализ крови: эр. — $2,3 \cdot 10^{12}$ в 1 л, л. $6 \cdot 10^9$ в 1 л, Hb — 0,6 ммоль/л, цв. показатель — 0,5, СОЭ 18 мм/ч. Анализ кала на скрытую кровь — (++++). Остальные анализы не выявили патологии. При рентгенологическом исследовании желудочно-кишечного тракта установлена свежая язва луковицы двенадцатиперстной кишки.

Ведущей деонтологической причиной ошибки в диагнозе признана невнимательность, ибо, несмотря на довольно полное представление о больном, врач на амбулаторном приеме при посистемном опросе упустил одну деталь — черный стул; в стационаре с учетом этого симптома была изменена диагностическая идея, правильность чего подтвердилась при лабораторном и рентгенологическом исследовании. Вследствие невнимательности врач в поликлинике прошел мимо важного клинического признака и не провел необходимого лабораторно-инструментального обследования (не было анализа кала и рентгенологических данных). Заключительный диагноз стационара: язвенная болезнь, свежая язва луковицы двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением.

И., 46 лет, госпитализирована с диагнозом: пневмония. При поступлении основными жалобами были ноющие боли в левой подлопаточной области, тянущие боли в области шеи слева и левого плеча, периодические ноющие боли в области сердца, одышка, кашель со скудной мокротой, головная боль, боли в мышцах, суставах. Больна 14 дней, сначала беспокоили слабость и потливость; накануне госпитализации повысилась температура до 38°.

И. страдает ревматизмом 25 лет, находится на диспансерном учете, инвалид II группы. Объективные данные: акроцианоз; в легких с обеих сторон, больше слева — масса мелкопузырчатых влажных хрипов; увеличение границ сердца влево и вверх, усиление I тона на верхушке сердца, систолический и пресистолический шум, акцент II тона на легочной артерии. В лабораторных анализах обращает на себя внимание СОЭ — 30 мм/ч и сдвиг ряда биохимических показателей, отражающие высокую активность воспалительного процесса в организме. Заключительный диагноз: ревматизм, активная фаза, активность II ст., возвратный ревмокардит, сочетанный митральный порок сердца, H I A; гипостаз в легких, левосторонняя гипостатическая пневмония.

Ведущей деонтологической причиной диагностической ошибки признана небрежность диагноста, поскольку на догоспитальном периоде были упущены крупные и важные анамнестические и физикальные сведения, утвердившие основным диагнозом активный ревматизм. В частности, неправильно трактовались жалобы; недооценивалось развитие заболевания — фактически оно началось с ревматической атаки, и только в дальнейшем присоединилась пневмония: полностью отсутствовали сведения о перенесенных заболеваниях и о том, что больная состоит на диспансерном учете в связи с ревматизмом; у врача не было достаточно четкого представления о довольно демонстративной аускультативной картине сердца, свойственной митральному пороку сердца.

М., 56 лет, госпитализирована с диагнозом: атеросклеротический кардиосклероз с явлениями коронарнопасма, мерцательная аритмия. При поступлении больная жаловалась на общую слабость, сердцебиение, одышку, почти постоянные боли в области сердца, чаще ноющие, иногда колющие, давящие, потливость, головную боль. Боли в сердце и сердцебиения беспокоят в течение 4 лет, как правило, после «простудных»

заболеваний. Последнее ухудшение началось остро 2 недели назад с болей в мышцах, одышки; перед этим М. простудилась. В 20-летнем возрасте резко опухали суставы ног, что сопровождалось высокой температурой, был диагностирован ревматизм.

Данные физикального и инструментального исследования: дыхание везикулярное, границы сердца расширены влево на 2 см, вправо на 3 см от правого края грудины и вверх до 2-го межреберья. Пульс аритмичен, 79 уд. в 1 мин., сердечные сокращения аритмичные, 110 в 1 мин. АД 20/11 кПа (150/80 мм рт. ст.), грубый, продолжительный шум на верхушке, заменяющий I тон, короткий диастолический (пресистолический) шум, акцент II тона над легочной артерией. Живот мягкий, печень плотная, чувствительная, на 4 см выступает из-под края реберной дуги. В анализах крови отмечена эозинофилия до 6%, С-РВ (+), остальные клинические и биохимические анализы крови и мочи не обнаружили изменений. По данным ЭКГ — мерцательная (крупноволновая) аритмия, тахистололическая форма, гипертрофия левого желудочка. Рентгенологическое и электрокардиографическое заключения подтверждают наличие сочетанного митрального порока сердца с преобладанием недостаточности, с гипертензией малого круга кровообращения. Заключительный диагноз: ревматизм, I ст. активности, сочетанный митральный порок сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана, мерцательная аритмия, недостаточность кровообращения II Б степени.

Ведущей деонтологической причиной данной диагностической ошибки признана самоуверенность врача, вследствие которой он, несмотря на ряд фактов, весьма серьезно противоречащих его «испытанной» многолетней диагностической версии (атеросклеротический кардиосклероз), пренебрег ими, не подверг сомнению свою исходную диагностическую идею. Некритичность и самоуверенность привели к недооценке или недоисследованию всех тех признаков и систем, о которых говорили выше, что не позволило врачу прийти к истинному заключению о заболевании.

В результате проведенного нами анализа деонтологический компонент в возникновении ложного диагноза при широком понимании деонтологии по А. Ф. Билибину (1972) устанавливался в целом в 78,4% (см. таблицу); при более строгом отборе

Удельное значение деонтологических факторов в возникновении диагностической ошибки на догоспитальном этапе

Деонтологические врачебные факторы, повлиявшие на возникновение диагностической ошибки	Число диагностических ошибок	
	абсолютные данные	%
1. Невнимательность	75	12,5
2. Спешка	28	4,7
3. Неуверенность	54	9,0
4. Перестраховка	24	4,0
5. Недостаточная подготовка врача	80	13,3
6. Ограниченность терапевта как специалиста	37	6,1
7. Самоуверенность	42	7,0
8. Небрежность	120	20,0
9. Прочие факторы	11	1,8
Всего	471	78,4
Число ошибочных диагнозов, в которых деонтологический компонент отсутствовал	130	21,6
Итого	601	100

деонтологических факторов (невнимательность, самоуверенность, небрежность, неуверенность, перестраховка) значение их в ошибочной диагностике также оказалось весьма весомым — 57,2%. При дополнительной попарной группировке (см. табл.) обращает на себя внимание существенное место в количественном отношении группы, которая по сути своей представляет одну из самых грубых форм деонтологической несостоятельности в диагностическом плане — самоуверенность, небрежность (27,0%). И, наоборот, противоположная крайность, манифестирующаяся чрезмерной осторожностью (неуверенность, перестраховка), встретилась относительно реже (13,0%). Следует учесть, что указанные выше деонтологические факторы сами по себе не являются непосредственными причинами диагностических ошибок, как это представляется многими авторами. В действительности они являются вторичными, опосредованными причинами диагностических ошибок, лишь влекущими за собой комплекс причин, непосредственно порождающих ошибку: недостаточность, неполноту анамнеза или неполноту получения объективных и лабораторно-инструментальных данных, неправиль-

ную оценку информации, на что указывает также З. И. Янушкевичус (1974), В. Г. Спесивцева (1972), А. Я. Пытель и С. Д. Голигорский (1972) и др. Назвать последние деонтологическими можно лишь с оговоркой, хотя, по А. Ф. Билибину, и само клиническое мышление является деонтологической категорией.

На основании изучения того же материала путем ретроспективного анализа удалось выяснить, что из 601 диагностической ошибки в каждом случае было от 1 до 11 дефектов диагностического процесса, приведших к неверной диагностике. Всего же обнаружено 2242 отдельных дефекта, что можно выразить в так называемом индексе дефектности, равном по нашим данным 3,8.

Согласно формуле В. И. Ленина о процессе познания, частью которого является и диагностический процесс: «От живого созерцания к абстрактному мышлению и от него к практике — таков диалектический путь познания истины, познания объективной реальности»¹, мы проанализировали дефекты диагностической деятельности врача соответственно на обоих этапах.

На «чувственном» этапе познания (получение и усвоение информации) число дефектов составило 1154 (51,5%), на «абстрактном» этапе (оценка и интерпретация информации) — 1088 (48,5%), при этом индекс дефектности составлял соответственно 1,9 и 1,8.

В числе дефектов «чувственного» этапа в 742 случаях (64,3%) информация о больном и его заболевании имелась, но по каким-то причинам не дошла до врача; в 296 случаях (25,6%) информация о больном и его заболевании имелась, но была обнаружена, извлечена, усвоена врачом лишь частично; в 88 случаях (7,7%) информация существовала, ее уловили, но не ассимилировали, опустили; в 28 случаях (2,4%) информацию восприняли большую, чем она была на самом деле, или видели то, чего не было в действительности.

В числе дефектов «абстрактного» этапа мышления в 550 случаях (50,6%) имеющаяся информация о больном была недооценена, в 241 случае (22,1%) переоценена и в 297 случаях (27,3%) неправильно интерпретирована.

Таким образом, при высоком показателе недополучения (полного или частичного) информации о больном существующая информация в половине случаев к тому же и недооценивалась и почти в трети случаев неправильно истолковывалась (симптомы или признаки одного заболевания относили за счет другого процесса или заболевания). Поскольку точность диагноза в конечном счете и в известной степени есть результат отношения врача к больному, необходимо сделать вывод на основании наших данных, что «трудноосязаемые» положения медицинской деонтологии в действительности материализуются в конкретных дефектах диагностического мышления врача. Более того, в 8 случаях из 10 появление диагностической ошибки обязано, в частности, деонтологическому несовершенству диагноза. Количественной оценкой удается подтвердить исключительно важную роль деонтологических начал в диагностическом процессе, и необходимо согласиться с мнением Н. Г. Стулова (1969), что медицинская деонтология является одним из высокоэффективных средств, обеспечивающих успех всей диагностической и лечебно-профилактической деятельности врача.

ЛИТЕРАТУРА

1. Билибин А. Ф. Сов. мед., 1972, 2.— 2. Бисярина В. П., Козлова Т. Н. Здравоохран. Российской Федерации, 1962, 2.— 3. Брусиловский А. Е., Левин А. М. Медицинские ошибки (по судебным материалам). Харьков, Юр. изд-во, 1930.— 4. Вальдман В. А. Сов. врач. журн., 1963, 3.— 5. Громов А. П. Сов. мед., 1972, 2.— 6. Гусев А. Д. В кн.: Врачебные ошибки и врачебные преступления. Казань, 1935.— 7. Демин А. А. Сов. мед., 1948, 10.— 8. Дробнер Л. И. Сов. врач. журн., 1938, 1.— 9. Забусов Ю. Г. Казанский мед. ж., 1973, 2.— 10. Инсаров И. И. Здравоохран. Белоруссии, 1968, 11.— 11. Каган М. И., Шпиганович А. В. Врачебные ошибки. Рига, 1964.— 12. Коморовский Ю. Т. Клин. хир., 1976, 9.— 13. Краковский Н. И. Сов. мед., 1972, 2.— 14. Лещинский Л. А. Тер. арх., 1978, 11.— 15. Лурия Р. А., Дайховский Я. Ц. Клин. мед., 1940, 18.— 16. Мاستбаум М. И. Казанский мед. ж., 1935, 7.— 17. Овезов С. О., Оразниязов М. Д. Здравоохран. Туркменистана, 1973, 11.— 18. Петленко В. П., Попов А. С. Вестн. хир., 1976, 4.— 19. Платонов К. К. Вопросы психологии труда. М., 1970.— 20. Пытель А. Я., Голигорский С. Д. Сов. мед., 1972, 2.— 21. Рейнберг Г. А. Методика диагноза. М., Медицина, 1951.— 22. Серебров А. И. Сов. мед., 1972, 2.— 23. Спесивцева В. Г. Там же.— 24. Стулов Н. Г. В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и врачебные ошибки. Астрахань, 1969.— 25. Царегородцев Г. И. Сов. здравоохран., 1969, 9.— 26. Шварц М. С. В кн.: Врачебные ошибки и врачебные преступления. Казань, 1935.— 27. Эдель Ю. П. Врачебные ошибки и ответственность врача. Автореф. канд. дисс., Харьков, 1957.— 28. Эльштейн Н. В. Ошибки диагностики и лечения в практике работы терапевтов. М., Медицина, 1975.— 29. Эпштейн Т. Д. Казанский мед. ж., 1935, 7.— 30. Янушкевичус З. И. Клин. мед., 1974, 5.

Поступила 2 мая 1979 г.

¹ В. И. Ленин. Полн. собр. соч., т. 29, с. 152—153.