

Причины врачебных диагностических ошибок по результатам анализа «врачебных дел»

Осипов А.И.¹, Бунин Ю.Н.², Кладов С.Ю.², Соколов А.С.², Шнайдер А.Д.¹

Causes of diagnostic pitfalls upon analysis results of «physicians' causes»

Osipov A.I., Bunin Yu.N., Kladov S.Yu., Sokolov A.S., Shnayder A.D.

¹ Сибирский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Томск

² Бюро судебно-медицинской экспертизы, г. Томск

© Осипов А.И., Бунин Ю.Н., Кладов С.Ю. и др.

За 1996—2002 гг. в Томской области было возбуждено 130 уголовных и гражданских дел против врачей. В 59 (45,4%) делах имели место ошибки в диагностике и дефекты при оказании медицинской помощи. Среди диагностических ошибок, таких как недообследование больного, недоучет лабораторных данных и пр., были ошибки методологического характера. Известно, что процесс постановки диагноза на всех стадиях протекает в форме гипотезы. Врач при сборе анамнеза руководствуется предположениями, которые возникают у него при расспросе больного. Эти предположения затем проверяются при объективном обследовании пациента. Поэтому постановка окончательного диагноза по анамнезу и неумение врачей оперировать диагностическими предположениями являются наиболее частыми причинами ошибок. Наибольшее их количество было допущено в диагностике аппендицита, прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: методологические ошибки при диагностике.

130 criminal and civil cases had been maintained against physicians in Tomsk region within 1996—2002. There were pitfalls in diagnoses and wrong medical aid in 59 (45,4%) cases. Across diagnostic pitfalls, such as incomplete examination of patients, incomplete registration of laboratory results etc., there were methodological errors. It is known that diagnosis process proceeds in hypothesis form at all stages. While obtaining the history a physician is guided by suppositions arising during inquiring a patient. These suppositions are later verified in the process of an objective examination of the patient. Therefore the most frequent reasons of medical errors are the final diagnosis on the basis of the history and physicians' inability to use the diagnostic suppositions while diagnosing at all stages. The majority of pitfalls has been made in diagnoses of appendicitis, stomach and duodenum perforated ulcer.

Key words: methodological diagnostic pitfalls.

УДК 616-035.7:614.256

«Врач-философ Богу подобен». Эту мудрость Гиппократу следует понимать и как талант врача не делать ошибок в диагностике.

Официальный перечень причин ошибок в диагностике хорошо известен. Это — недообследование больного, объективные трудности обследования, недоучет клинических, анамнестических, лабораторных и рентгенологических данных или их переоценка. К этому перечню можно добавить недостаток у врача опыта, редкость заболевания, изменение клиники заболевания из-за наложения одного заболевания на другое. К объек-

тивным причинам диагностических ошибок можно отнести неопределенность связей между симптомами и заболеваниями, т.к. многие заболевания имеют одни и те же признаки, что придает диагностике вероятностный характер. Этот перечень причин врачебных ошибок не дает ответа на главный вопрос — почему больной оказался недообследован? Почему недооценили или переоценили лабораторные данные? Простой перечень причин не раскрывает сути врачебной ошибки. Анализ «врачебных дел» показывает, что не все врачи умеют правильно мыслить у постели больного.

Диагностический процесс имеет 6 стадий. Это — сбор анамнеза, объективное исследование больного, стадия дифференциальной диагностики (диагноз болезни по С.П. Боткину), прижизненные патофизиологический и патологоанатомический диагнозы, диагноз больного (по С.П. Боткину) и прогноз заболевания. Диагностический процесс на всех стадиях развивается в форме гипотезы и может быть выражен в виде краткой формулы. Диагностировать — значит наблюдать, предполагать, проверять и доказывать.

Ошибки в диагнозе чаще всего зарождаются при сборе анамнеза из-за непонимания значения анамнеза в диагностическом процессе. По мнению С.П. Боткина, «собираение фактов или исследование больного должно производиться с известной руководящей идеей, без которой легко впасть в ошибки, недосмотры и, потеряв массу времени, прийти к ложным заключениям» [1]. При расспросе больного врач должен предполагать у пациента какое-либо заболевание и в соответствии со своим предположением задавать вопросы. И чем большее количество заболеваний будет предположено, тем полнее будет собран анамнез. В процессе такого целенаправленного расспроса больного у врача складывается предположительный диагноз или несколько диагнозов, которые проверяются при объективном обследовании больного. **Диагноз по анамнезу может быть только предположительным.** Неумение врача при сборе анамнеза пользоваться диагностическими предположениями и постановка окончательного диагноза по анамнезу являются наиболее частыми причинами диагностических ошибок.

Рабочие диагностические гипотезы при изучении объективных симптомов играют такую же роль, как и при сборе анамнеза. Ведь многие симптомы потому и обнаруживаются, что их целенаправленно ищут, руководствуясь определенными диагностическими предположениями. С.П. Боткин подчеркивал роль диагностических гипотез на всех стадиях диагностического процесса. Он пишет: «Наблюдая больного, необходимо помнить, что диагноз больного есть более или менее вероятная гипотеза, которую необходимо постоянно проверять; могут явиться новые факты, которые могут изменить диагноз или уве-

личить его вероятность. С течением болезни одни симптомы остаются, другие меняются, появляются новые, некоторые проявления расстроенного равновесия жизни становятся резче, другие слабее или совсем исчезают, соответствуя тому или другому течению болезни или уступая принятым мерам» [1].

С 1996 по 2002 г. через отдел сложных экспертиз Томского областного бюро судебно-медицинской экспертизы прошло 130 уголовных и гражданских дел против врачей. Из них 71 дело (54,6%) было возбуждено необоснованно. А в 59 делах (45,4%) имели место врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи:

- ошибки в диагностике аппендицита, перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки — 17 (28,8%);
- ошибки в диагностике пневмоний — 8 (13,6%);
- ошибки в диагностике ЧМТ — 5 (8,5%);
- перфорации подключичной вены при катетеризации — 5 (8,5%);
- переломы костей и другие повреждения — 7 (11,9%);
- жалобы на стоматологов — 4 (6,8%);
- смерть при даче наркотика и грубая хирургическая техника — 5 (8,5%);
- алкогольная интоксикация и панкреатиты — 7 (11,9%);
- прочие причины — 1 (1,5%).

Среди 59 «врачебных дел», рассмотренных комиссией экспертов, встречалось немало ошибок в диагностике вследствие незнания врачами основ теории диагноза. Вот несколько примеров ошибок в диагностике методологического характера.

Случай первый. Больной Т., 60 лет, доставлен «скорой помощью» в инфекционную больницу с диагнозом «гастроэнтерит». Дежурный врач отметил: «Состояние ближе к тяжелому за счет общей интоксикации. Признаков гастроэнтерита при обследовании в приемном покое не выявлено, но при осмотре у больного возникло кровохаркание. Из анамнеза выяснено, что Т. в течение 30 лет страдает открытой формой кавернозного туберкулеза легких. Диагноз: данные за инфекционное заболевание сомнительны. Для исключе-

ния легочного кровотечения больного на каталке перевезли в хирургическое отделение». В хирургическом отделении Т. был внимательно осмотрен терапевтом. Диагноз: фиброзно-кавернозный туберкулез. Кровохарканье (анамнестически). Рекомендовано: консультация и лечение у фтизиатра. Мокрота взята на БК. Диагноз дежурного хирурга: фиброзно-кавернозный туберкулез легких, кровотечение. Больной оставлен для дальнейшего обследования и консультаций в приемном покое. (Рентгеноскопия легких не проводилась).

Через 2 ч Т. самовольно ушел из больницы. На следующий день (через 20 ч после ухода из больницы) Т. был подобран на улице машиной «скорой помощи» и доставлен в железнодорожную больницу. В приемном покое больницы отмечено: «Состояние после судорожного припадка?» (Пребывание лежащим на улице Т. объяснил припадком). В анамнезе: туберкулез легких 10—15 лет назад (каверны в легких), лечился в областном туберкулезном диспансере. Злоупотребляет алкоголем. Живет один, не работает. Несколько недель был запой, лечился спиртом. (Вероятно, после бегства из больницы «лечился спиртом» и попросту напился). Рентгенография: слева в нижних отделах массивное неоднородное образование. Диагноз: туберкулез левого легкого с распадом. Осложнение: кровохарканье. Сопутствующий диагноз: состояние после запоя. По согласованию направлен в областную туберкулезную больницу.

В приемном покое Томской областной туберкулезной больницы Т. скончался. Патологоанатомический диагноз: основной — инфаркт-пневмония нижней доли левого легкого размером 15×18 см. Осложнения: отек и набухание головного мозга. Сопутствующие: остаточные явления перенесенного туберкулеза легких, фиброз корней легких. Диффузный пневмосклероз.

В случае с Т. имеет место постановка диагноза туберкулеза легких по анамнезу и отсутствие каких-либо других, кроме туберкулеза, предположений о причине кровохарканья. Среди вопросов следователя к комиссии экспертов были поставлены два вопроса, как говорится, не в бровь, а в глаз:

Причины врачебных диагностических ошибок...

1. Можно ли было с учетом анамнеза при обследовании Т. в больнице, помимо туберкулеза, предполагать и другие диагнозы?

2. Правомерно ли был поставлен диагноз «состояние после запоя»?

Комиссия экспертов, учитывая, что у Т. при клиническом и патологоанатомическом исследовании не было обнаружено заболеваний, которые могли бы вызвать тромбоэмболию легочной артерии и инфаркт легкого, дала заключение, что пневмония явилась следствием инфицирования посткоматозного инфарктоподобного кровоизлияния в легком.

Второй случай. Больной Б., 34 г., доставлен в больницу с диагнозом «отравление неизвестным ядом, кома, отек легких». Анамнез собран со слов жены. Она рассказала, что с 16 до 22 ч мужа не было дома (6 ч). Пришел домой в состоянии легкого опьянения. Принял ванну и лег спать, но через 30 мин встал и поел курицу, после чего сразу же появилась рвота, которая периодически повторялась в течение 3 ч. Во время рвоты муж пожаловался на головокружение. Сказал, что выпил мало, а чувствует себя плохо. В 2—3 ч ночи у мужа появилось шумное дыхание. Он сидел с открытыми глазами и отсутствующим взглядом. С помощью старшего сына больного удалось вывести в туалет и искусственно вызвать рвоту, но лучше ему не стало. Оставалось шумное дыхание и невменяемое состояние (неадекватно отвечал на вопросы, не мог сам ходить, падал), в 5 ч утра жена вызвала «скорую». Врач «скорой помощи» сделал больному укол аминазина, больному стало лучше, и «скорая помощь» уехала. Однако через 30 мин опять появилась одышка, и вскоре больной потерял сознание. Жена снова вызвала «скорую помощь», которая доставила больного в стационар. В больнице жена рассказала врачам, что муж давно злоупотребляет алкоголем, ничем не болел, но последние 3 года наблюдается потливость, причем он помногу пьет воду. Жена высказала предположение, что муж выпивал с другом в гараже.

При поступлении отмечено: «Состояние крайне тяжелое, глубокая кома. Зрачки сужены. Дыхание шумное, по типу Куссмауля. Язык обложен белым налетом. Запаха алкоголя и ацетона изо рта нет.

Перкуторно звук легочный, дыхание жесткое, обильные крупнопузырчатые хрипы, ЧД — 26. Границы сердца в норме, тоны приглушены, ЧСС — 120. АД — 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, печень по краю реберной дуги». В 9.30 больной осмотрен невропатологом, которая поставила диагноз «алкогольная кома». Начато внутривенное введение физиологического раствора и других лекарственных веществ. Осмотр окулиста: глазное дно б/о, состояние крайне тяжелое, зрачки расширены, ЧСС — 118, ЧД — 28, АД — 140/80. Продолжается введение физраствора. ЭКГ — норма, РОЭ — 10 мм/ч, остаточный азот — 40, содержание сахара в крови — 134 мг%, лейкоцитоз 26000 (норма — 8000), биохимия крови — норма, анализ мочи — норма. Повторная консультация невропатолога: отравление барбитуратами или хлорофосом. Продолжается введение физраствора (всего введено более 2000 мл жидкости). В 13.00 появилось непроизвольное мочеиспускание и вскоре больной скончался. Окончательный диагноз: отравление неизвестным ядом.

При судебно-медицинском исследовании трупа Б. диагностирована левосторонняя крупноочаговая пневмония на почве посткоматозного инфарктоподобного кровоизлияния в легком. Первоначальный диагноз больному — отравление алкоголем — поставила жена, а врачи больницы вместо научного диагноза пытались отгадать, что Б. пил со своим другом в гараже, и лечили его от интоксикации внутривенным введением физраствора. Это при пневмонии-то! До открытия сульфидина при пневмониях применяли кровопускание, чтобы оттянуть из легких отечную жидкость.

Налицо грубая врачебная ошибка из-за постановки диагноза по анамнезу и игнорирования основ теории диагноза — умения оперировать диагностическими гипотезами. Врачи не обратили внимания на высокий лейкоцитоз, объективные признаки воспаления легкого, не произвели рентгенографии легких и даже не измерили температуру.

Но наиболее опасны ошибки в диагностике «хирургических» заболеваний, которые требуют оперативного лечения. Это аппендицит, перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

У больного П. внезапно появились режущие боли в области желудка. Фельдшер здравпункта срочно направила П. в больницу с диагнозом «прободная язва желудка». Со слов П., желудок до этого никогда у него не болел.

Дежурный хирург отметил: «Тахикардия, язык влажный, несколько обложен белым налетом. Живот в дыхании участвует, мягкий, болезненный в области эпигастрия, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. В анализе крови — без воспалительных изменений. После инъекции платифиллина болевой синдром купировался. Больной рассказал, что началу заболевания предшествовала длительная алкоголизация».

Заболевание П. было расценено как посталкогольный гастрит. Больной отпущен домой для амбулаторного лечения у терапевта. При ухудшении состояния пациенту было рекомендовано в любое время обратиться к хирургу. Через 2 сут П. самостоятельно пришел в больницу с жалобами на боли в эпигастральной области. При осмотре П. в больнице был заподозрен холецистит или панкреатит. П. был госпитализирован для обследования и лечения, планировалось провести УЗИ. На следующий день у П. появились признаки разлитого перитонита, и с подозрением на панкреонекроз и перфоративную язву желудка больной был срочно прооперирован. При ревизионной лапаротомии обнаружен в подреберье справа инфильтрат, при вскрытии оказавшийся подпеченочным абсцессом, и перфоративная язва двенадцатиперстной кишки. Вечером того же дня П. скончался.

При вскрытии перфоративное отверстие располагалось на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки и имело диаметр 1,5 см.

В случае с П. допущена грубая врачебная ошибка, причина которой заключается в постановке окончательного диагноза по анамнезу (посталкогольный гастрит). Врачи больницы были обязаны проверить диагноз фельдшера — перфоративная язва желудка — и произвести гастродуоденоскопию. Согласно основам теории диагноза, ни одно предположение не должно отвергаться без проверки. Если бы врачи подумали о возможности перфоративной язвы, то вспомнили бы, что язвы задней стенки желудка и дуоденум сра-

зу после перфорации протекают скрытно, ограничиваются воспалением сальниковой сумки и каналом сзади от горизонтальной части двенадцатиперстной кишки.

«Диагностируют лишь то, о чем думают (т.е. можно диагностировать лишь ту болезнь, которую в данный момент предполагаешь)» [2].

Четыре ошибки в диагностике аппендицита возникли из-за непонимания врачами особенностей патологической анатомии и клиники трансформации простого аппендицита во флегмонозную стадию, при которой гнойный процесс распространяется по всему толстому кишечнику. При этом острый сигмоидит вызывает спазм сфинктера Балли с перемещением болей из правой половины живота в левую половину или в область пупка, напоминая клинику банального колитизмита или кишечной колики. При появлении блуждающих болей в животе хирург должен, помимо всего прочего, предполагать флегмонозную стадию аппендицита (сфинктер Балли расположен в месте перехода нисходящей толстой кишки в сигмовидную).

Анализ «врачебных дел» показывает, что многие врачи не знакомы с осложнениями перенесенной алкогольной комы. В литературе даже нет разграничений понятий «наркоз» и «кома». Отличие наркоза от комы состоит в том, что при наркозе угнетается головной мозг только до стволовой части мозга, а кома обуславливается распространением угнетающего действия наркотического вещества на стволовую часть мозга с угнетением ядер блуждающих нервов, сосудодвигательного и дыхательного центров продолговатого мозга. У лиц, перенесших алкогольную кому, возможны 3 тяжелых осложнения.

Во-первых, геморрагический отек и инфарктоподобные очаговые кровоизлияния в легких, которые при инфицировании вызывают тяжелые посталкогольные пневмонии, а в более отдаленный период могут трансформироваться в абсцесс или туберкулез легких. Поэтому алкоголизм и туберкулез легких — две стороны одной медали. Кроме того, при геморрагическом отеке часто наблюдается кровохарканье. Во-вторых, острый алкогольный геморрагический некроз поджелудочной железы. В-третьих, алкогольная энцефа-

лопатия в виде отека и набухания головного мозга.

Возникновение геморрагического отека и инфарктоподобных кровоизлияний в легких связано с угнетением сосудодвигательного центра продолговатого мозга, вследствие чего наступает парез прекапиллярных и посткапиллярных сфинктеров, которые оберегают капилляры, оплетающие альвеолы, от переполнения кровью. Переполнение капилляров альвеол кровью приводит к геморрагическому отеку легких. Сгущение крови в капиллярах затрудняет кровоток по малому кругу и вызывает скачок АД с разрывом веточек легочной артерии и инфарктоподобные кровоизлияния в легких.

Механизм острого алкогольного геморрагического некроза поджелудочной железы связан с угнетением ядер блуждающих нервов и спазмом сфинктера Одди, при этом панкреатический сок через добавочный проток железы свободно оттекает в дуоденум, а желчь, не имея выхода, поступает в главный проток железы и активирует в железе фермент эластазу, которая разрушает стенки сосудов, и кровь пропитывает некротизированные эластазой участки паренхимы железы. Высокая смертность при геморрагическом панкреонекрозе объясняется тем, что активированная эластаза, значение которой состоит в расщеплении отслуживших эластических волокон стенок артерий, прорывается в общий кровоток и вызывает множественные мелкоочаговые повреждения миокарда и смерть от нарастающей сердечной слабости.

В заключение следует сказать, что прогноз заболевания в диагностику ввел Гиппократ. Свой труд, посвященный прогнозу, — «Прогностика» — он начинает словами: «Самым лучшим врачом мне кажется тот, который обладает даром предвидения» — и выражает задачу прогностики следующей фразой: «Узнать прошедшее, исследовать настоящее, предсказать будущее» [3]. Лозунг «Назад к Гиппократу!» полностью снимать не следует.

При анализе диагностических ошибок экспертами бюро судебной медицинской экспертизы

сделан акцент только на элементарные вопросы методологии диагноза, которые входят в программу обучения в медицинских университетах, и их обязаны знать все врачи. В работе не рассматривались врачебные ошибки, связанные с незнанием более поздних работ по теории диагноза 1989—2002 гг. [4, 5, 6].

Значительное количество «врачебных дел» вследствие незнания основ методологии диагноза требуют незамедлительного создания и издания простого и понятного широкому кругу врачей руководства по теории диагноза.

Литература

1. *Боткин С.П.* Общие основы клинической медицины. СПб., 1887. С. 10—15.
2. *Бергман Г.* Функциональная патология. М.; Л.: 1935. 160 с.
3. *Грезер Г.* Основы истории медицины. Казань, 1890. 30 с.
4. *Тарасов К.Е., Великов В.К., Фролова А.И.* Логика и семиотика диагноза. М.: Медицина, 1989. 272 с.
5. *Тетенов Ф.Ф.* Физические методы исследования в клинике внутренних болезней: Клиническая лекция. 2-е дополненное издание. Томск, 2001. 39 с.
6. *Ригельман Р.* Как избежать врачебных ошибок. М., 1994. С. 19—82.

Поступила в редакцию 22.01.2003 г.