

Как уберечься от врачебных ошибок

Тетенев Ф.Ф.

How to protect oneself against medical errors

Tetenev F.F.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Тетенев Ф.Ф.

Статья посвящена проблеме врачебных ошибок в постановке диагноза. На примере сибирской клинической школы представлена теория формирования клинического опыта от последовательного его накопления основателями школы к активному формированию клинического мышления путем использования теории диагностики.

Ключевые слова: теория диагностики, врачебные ошибки, история медицины, клинический опыт.

The paper is devoted to the problem of medical errors in diagnosing. With the Siberian clinical school taken as an example, the theory of formation of clinical experience from the gradual accumulation of experience by the school founders to the active formation of clinical thinking through the use of the theory of diagnosing is presented.

Key words: theory of diagnostics, medical errors, history of medicine, clinical experience.

УДК 614.256:616-035.7

Знание патологии и овладение теорией диагноза могут восполнить молодому врачу недостаток его клинического опыта, освободить его от многих диагностических ошибок.

И.Н. Осипов

Никогда не следует забывать, что как бы ни был велик опыт одного врача, он просто ничтожен по сравнению с опытом всей медицины, закрепленным в теории диагноза. Поэтому знание теории диагноза необходимо самому опытнейшему врачу.

И.Н. Осипов

Как показывает практика, полностью врачебных ошибок избежать нельзя, но можно научиться сводить к минимуму их число и последствия [4]. Неизбежность врачебных ошибок определяется спецификой клинического мышления, заключающейся в отсутствии в нем однозначных решений, и клинический диагноз всегда содержит большую или меньшую долю гипотезы [6]. Врачебным ошибкам противостоит клинический опыт врача. Он формируется, к сожалению, многие годы по не изученным до настоящего времени законам. В целом клиническая медицина характеризу-

ется теоретической недоразвитостью [9]. Отчасти это можно объяснить недостаточным вниманием клиницистов и системы обучения врачебной профессии к теории диагностики. Необходимость владения врачом теорией диагностики впервые обосновал профессор И.Н. Осипов [2, 3]. Выражения, взятые из его работы в качестве эпиграфа к настоящему сообщению и конференции, посвященной данной проблеме, состоявшейся 9 ноября 2011 г., убедительно говорят об этом. Вопрос о том, как теорию диагностики сделать доступной для изучения в университете и использования ее в повседневной практике, стал предметом исследования кафедры пропедевтики внутренних болезней Сибирского государственного медицинского университета (СибГМУ) (г. Томск) с 1980 г. [6].

Знаменитые философы древности кроме того, что они были поэтами, писателями, мудрецами, учеными, прежде всего были врачами. Философами их назвали позднее. Однако не случайно они были врачами. Исходная врачебная специальность во все времена несет в себе серьезную философскую нагрузку. Врач в определенной и достаточно большой мере является философом, так как в повседневной диагностической практике ему приходится решать вопросы, требующие владения аналитическим, пространственным и концептуальным

мышлением. Например, врач-терапевт поставил пациенту диагноз «пневмония», лечит его и наблюдает за ним. Это вовсе не означает, что врач думает только об одной нозологической форме, т.е. узко, как ремесленник. Врач всегда учитывает достаточно широкий круг возможных неожиданностей даже при простой и ясной на первый взгляд ситуации. Это считается проявлением владения врачом аналитическим, пространственным и концептуальным мышлением. Тем не менее по традиции врачи не обращают внимания на философские аспекты своей деятельности. Фигурально можно это выразить крылатым выражением «Не знают, что говорят прозой». Между тем о философских проблемах диагностики нужно помнить, и не столько для того, чтобы гордиться: «Я, оказывается, философ!» В большей мере это необходимо для защиты от врачебных ошибок. Философский аспект в работе врача обнаруживается в следующих положениях, составляющих квинтэссенцию теории диагностики:

1) знание свойств, характерных для всех без исключения симптомов, синдромов и диагнозов;

2) знание, что в медицине нет абсолютно специфических симптомов, синдромов, а диагноз всегда в определенной степени является гипотезой;

3) врач систематически занимается построением и проверкой диагностических гипотез;

4) знание, что семиология симптомов и синдромов обширна и что, выстраивая план дифференциального диагноза, врач размышляет далеко за пределами частной формы патологии в конкретном клиническом случае;

5) врач знает важнейшие законы логики, философии, общей патологии и в достаточной мере владеет ими в процессе размышления над клинической картиной.

Знания, перечисленные в пяти положениях, составляют основу теории диагностики. Они определяют содержательность творческой личности и творческого характера труда врача-клинициста. Это дает основание гордиться своей профессией, а также ревностно защищать профессионализм в условиях реальной жизни.

Работа врача-клинициста окутана особым ореолом таинственной, высокой степени интеллигентной и интеллектуальной деятельности, носящей на себе особую печать благородства. Именно этим медицина привлекает молодых людей, наполненных жизненной

силой, романтическим ожиданием служения людям и, конечно же, ожиданием достойной оценки обществом своего труда.

С большим вниманием юные гиппократовские ученики смотрят на своих учителей, стремясь найти ответы на вопросы, что такое клинический опыт и каким образом он приходит. Следование примеру своих учителей всегда было, остается сейчас и, очевидно, будет всегда обязательным условием для формирования клинического опыта.

С Михаила Георгиевича Курлова (1859—1932) начиналась сибирская школа терапевтов. В свое время он был учеником В.А. Манассеина — представителя санкт-петербургской школы. В 1890 г. М.Г. Курлов организовал кафедру медицинской диагностики (ныне — кафедра пропедевтики внутренних болезней) в Императорском Томском университете. Заведовал кафедрой госпитальной терапии (1891—1907), кафедрой медицинской диагностики и терапевтической факультетской клиники (1907—1929). М.Г. Курлов был крупным ученым, хорошо известным в России и за рубежом, оставившим заметный след в гематологии, фтизиатрии, курортологии, паразитологии, общей диагностике. Он является создателем сибирских курортов.



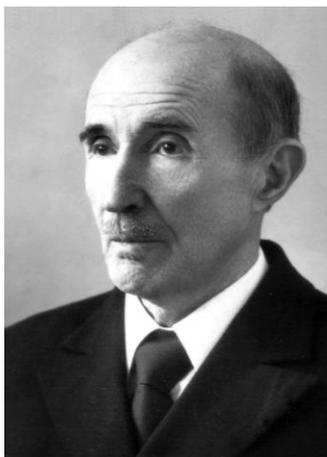
Профессор М.Г. Курлов

Многогранная и весьма плодотворная работа вполне справедливо ставит его в ранг основателя сибирской школы терапевтов. При этом М.Г. Курлов, по отзывам современников, был еще и блестящим лектором и идеальным преподавателем, передавшим свой стиль клинической работы многочисленным ученикам. С искренним глубоким уважением о нем говорили

и писали его ученики Дмитрий Дмитриевич Яблоков (1896—1993), Александр Антонович Ковалевский (1896—1971) и Борис Максимович Шершевский (1901—1977), а в середине XX в. уже на маститых учеников М.Г. Курлова с восхищением и восторгом смотрели ученики следующего поколения. Так продолжалась школа.

Д.Д. Яблоков – выдающийся врач-гуманист, академик АМН СССР, Герой Социалистического Труда, лауреат Государственной премии. Он заведовал кафедрой факультетской терапевтической клиники с 1941 по 1979 г. Из всех высоких званий больше всего он почитал звание врача. Его громадный клинический опыт складывался в результате непосредственного многолетнего, тщательного систематического наблюдения, исследования и лечения больных в клинике. Способ приобретения клинического опыта по М.Г. Курлову и Д.Д. Яблокову можно сформулировать следующим образом: «Чем больше и глубже врач изучает пациентов, тем больший в его памяти формируется запас вариантов течения болезней. Сложение многочисленных схем клинических вариантов заболеваний создает в памяти врача своеобразную картотеку образов, которую он использует в своей практике, „доставая“ из памяти в нужное время образы диагностических ситуаций».

Это, бесспорно, важнейший способ обогащения клинического опыта.



Академик АМН СССР, профессор Д.Д. Яблоков

Систематическая работа с больным и с литературой, кроме того, раскрывает и развивает и другие качества интеллекта врача: аналитическое мышление,

способность к обобщению, которые выражены и формируются индивидуально.

Приведем пример, как Дмитрий Дмитриевич убедил нас в эффективности приведенного способа обогащения клинического опыта.

В 1970 г. в пропедевтическую терапевтическую клинику неожиданно, без направления и диагноза, поступила больная средних лет с тяжелой дыхательной недостаточностью. Резчайший диффузный цианоз и рестриктивная одышка определяли тяжесть ее состояния, а во взгляде были непомерное страдание, ожидание помощи и недоумение: откуда это все, почему никто не может помочь? Заболевание развивалось исподволь, почти незаметно, но в последние 2 дня состояние стало быстро ухудшаться. В анамнезе не было острых и хронических заболеваний легких, отсутствовали и признаки общей воспалительной реакции. Кашель почти не беспокоил больную. Выделение мокроты она заметила около 2 нед назад, а в последние 5 дней количество мокроты стало увеличиваться. Ригидность грудной клетки, ундуляция межреберных промежутков, напряжение дыхательной и вспомогательной мускулатуры на вдохе были выражены в крайней степени. Перед кроватью стоял большой эмалированный таз, почти до самых краев заполненный каким-то пенистым содержимым, напоминающим белую вату. Затруднение в диагностике было очевидным.

На следующий день профессор Борис Максимович Шершевский пригласил Дмитрия Дмитриевича Яблокова посмотреть пациентку и посоветоваться относительно серьезных диагностических затруднений. При осмотре больной присутствовали и молодые, и весьма опытные врачи. Во время обсуждения результатов обследования Дмитрий Дмитриевич сказал: «Что же, очень необычный и сложный случай. Можно, мне кажется, осторожно предположить редкое проявление аденоматоза легких. Помню, читал, что при альвеолярном раке легких бывает такая обильная пенистая мокрота. Но самым трудным является вопрос, как помочь больной?» К сожалению, уже вскоре диагноз и прогноз подтвердились на аутопсии. Так бывает, что диагноз становится ясным после того, как его поставит мудрый клиницист.

Дмитрий Дмитриевич рассказывал, что сам он не наблюдал подобного случая аденоматоза легких. Каким же образом он вспомнил прочитанную им когда-то информацию? По-видимому, общая клиническая

картина больной соответствовала злокачественности течения болезни. Представление же о злокачественности заболевания невольно включало мысль о новообразовании легких, а там уже близко до мысли об аденоматозе легких. Важнейшую роль успешной диагностики в этом случае, вероятно, играл безупречный порядок диагностической «картотеки», пополнявшейся многие годы. Очевидно, этот порядок помог сделать последний шаг к диагнозу близкому, но очень непростому.

Александр Антонович Ковалевский (1896—1971) был личным врачом М.Г. Курлова, заведовал кафедрой госпитальной терапевтической клиники с 1955 по 1963 г. Он удивлял своих учеников способностью просто видеть диагноз пациента. И это зрение профессора было безошибочным. Конечно же, он поражал коллег и студентов феноменальной памятью, удивительной работоспособностью. Он называл страницы книг и журналов, где можно было прочитать о конкретной диагностической проблеме.



Профессор А.А. Ковалевский

Однако просто хорошая, даже отличная память, совершенно очевидно, здесь помощник не очень надежный. «Как вам удастся безошибочно диагностировать заболевания в очень трудных случаях?» — «Габитус, деточка, габитус пациента».

Так, по воспоминаниям замечательного врача Веры Иосифовны Черняевой, ассистента кафедры госпитальной терапии, ветерана Великой Отечественной войны, замечательного преподавателя, отвечал на вопрос Александр Антонович. Тут же он называл определенные признаки болезни, которые описывали врачи прошлого, называл страницы тех книг, которые

сейчас, к сожалению, ушли с полок современных библиотек. Конечно же, подобные признаки могли быть информативными в отношении диагностики заболеваний не для каждого врача. Александр Антонович видел в клинической картине что-то еще, что определяло качество его диагностического суждения. Очевидно, это и есть та таинственная экстрасенсорика, которую традиционно относят к врачебному искусству. Все же в основе клинического опыта А.А. Ковалевского лежал постоянный труд, а результаты труда были исключительно яркими благодаря особым качествам его интеллекта. Достаточно учесть при этом, что он не получил хорошего образования в детстве, в медицину пришел через фельдшерское училище. В сложных социальных условиях он самостоятельно изучил английский, французский и немецкий языки и свободно читал зарубежную литературу.

Еще один необычайно содержательный пример формирования клинического опыта для врачей томской школы продемонстрировал профессор Борис Максимович Шершевский (1901—1977). Он заведовал кафедрой пропедевтики внутренних болезней Томского медицинского института с 1951 по 1977 г. Систематический курс пропедевтики внутренних болезней был им поставлен на строгую научную основу с четким логическим построением всех разделов на основе опыта мировой науки и классической дидактики.



Профессор Б.М. Шершевский

Этот раздел с трудом давался студентам, зато в зрелом, «профессиональном» возрасте врачи хорошо понимали значение общей диагностики. С огромным вниманием аудитория слушала выступления Бориса Максимовича Шершевского на клиничко-

анатомических конференциях, которые он вел в 1950—1970-х гг. Подробный анализ клинико-анатомических параллелей со строгим построением причинно-следственных соотношений всегда лежал в основе его выступлений. Слушали Бориса Максимовича с большим вниманием и невольно сравнивали его с Конан-Дойлем. Каким образом ему удавалось так раскрывать клиническую картину, анализировать и с блеском выстраивать патогенез и танатогенез обсуждаемого случая?

«Ничего в этом особенного нет. Нужно просто трудиться, много трудиться и к выступлению готовиться тщательно, не упуская мелочей», — так Б.М. Шершевский объяснял природу своих блестящих выступлений.

«Нужно читать, сопоставлять, размышлять. Больше ничего не надо для постижения опыта. Что касается понимания философских проблем общей патологии, то его дает высшее медицинское образование. Логика — это тоже продукт образования и общей культуры. Просто нужно всегда оставаться на должном уровне образования и культуры».

О значении подготовки врача по теории диагностики в отечественной науке впервые говорил С.П. Боткин. Он объяснил, что клинический диагноз является гипотезой. Проверка ее зачастую требует много времени, и врач не может проводить эксперименты, дожидаться результатов проверки гипотез. Он должен помогать больному. Это самое ответственное и сложное в работе врача [1].

В середине XX в. вопросы теории диагноза разрабатывал профессор Иннокентий Николаевич Осипов. Он впервые четко определил значение теории диагностики в содержании клинического опыта врача, о чем свидетельствуют его выражения, взятые в качестве эпиграфа.

Он показал, каким образом с помощью знания теории диагностики можно избежать врачебных ошибок. Профессор И.Н. Осипов (1896—1958), заведующий кафедрой факультетской педиатрии Томского медицинского института (1944—1956), дал глубокое научное философское обоснование значения теории диагностики для врачебной деятельности. Вопросы методологии диагностики и медицины в целом были опубликованы им совместно с доцентом П.В. Копниным (впоследствии член-корреспондент АН СССР, директор Института философии АН СССР) в монографии «Основные вопросы теории диагноза» [2], вы-

завшей широкую дискуссию. Эта монография, а также монография «Причины диагностических ошибок в педиатрии» [3] (книга вышла в 1967 г. уже после смерти И.Н. Осипова. Издание ее было подготовлено сыном профессора Аркадием Иннокентьевичем Осиповым (ныне профессор СибГМУ), и профессором А.Ф. Смышляевой) явились значительным вкладом в отечественную клиническую медицину. В них содержатся не только теоретические основы диагностики, но также важнейшие практические рекомендации для клиницистов различного профиля, как избежать врачебных ошибок.



Профессор И.Н. Осипов

На всех этапах обследования больного (в процессе сбора анамнеза, физического обследования пациента) врач находит симптомы болезни и обязательно мысленно формирует гипотезы: «Диагностировать — это значит наблюдать, предполагать, проверять и доказывать». Однако эти гипотезы нельзя возводить в ранг диагноза. Нельзя предвзято останавливаться на одной гипотезе. Каждую гипотезу нужно проверять последовательно. Клинический диагноз следует формировать после как можно более полного обследования больного. Размышление врача над клиническими проявлениями болезни позволяет более полно вести обследование пациента и более содержательно проводить дифференциальный диагноз. «Игнорирование этих элементарных основ диагностического процесса чревато диагностическими ошибками».

На кафедре пропедевтики внутренних болезней СибГМУ разработаны конкретные рекомендации методики построения и проверки гипотез в процессе обнаружения симптомов трех уровней обследования

(субъективного, объективного и параклинического), формирования синдромов, а также при построении клинического диагноза. Это стало возможным в результате разработки классификации, свойств симптомов, синдромов, диагноза и конкретного использования знания семиологии основных категорий теории диагностики [5, 7, 8]. Цель настоящего направления исследований состояла в стремлении в максимально доступной форме приблизить философские аспекты врачебной деятельности и теории диагностики к конкретной врачебной практике, что должно помочь и начинающему, и опытному врачу противостоять врачебным ошибкам, а также уменьшить негативное влияние неизбежных врачебных ошибок на здоровье пациентов. Еще более важной целью было внедрение теории диагностики в учебный процесс на кафедре пропедевтики внутренних болезней, т.е. в самом начале изучения клинической науки. Теория всегда опережает практику и освещает путь познания. Важно было продолжить опыт изучения теории диагностики на старших курсах. В этом просматривалась заманчивая

идея реального ускорения формирования клинического мышления.

Литература

1. *Боткин С.П.* Общие основы клинической медицины. Речь, произнесенная на торжественном Акте в Императорской медицинской академии. СПб., 1877. 20 с.
2. *Осипов И.Н., Копнин П.В.* Основные вопросы теории диагноза. 2-е изд., перераб. и доп. Томск, 1962. 189 с.
3. *Осипов И.Н.* Причины диагностических ошибок в педиатрии. М.: Медицина, 1967. 148 с.
4. *Ригельман Р.* Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих врачей: пер. с англ. М.: Практика, 1994. 208 с.
5. *Тетенев Ф.Ф.* Физические методы исследования в клинике внутренних болезней (клинические лекции). 2-е изд., перераб. и доп. Томск, 2001. 392 с.
6. *Тетенев Ф.Ф.* Новые теории — в XXI век. 2-е изд., испр. и дополн. Томск: ТГУ, 2003. 212 с.
7. *Тетенев Ф.Ф.* Как научиться профессиональному комментарию клинической картины. Томск: Чародей, 2005. 176 с.
8. *Тетенев Ф.Ф.* Как избежать врачебных ошибок: руководство для врачей / под ред. А.И. Осипова. Томск: СибГМУ, 2011. 91 с.
9. *Царегородцев Г.И., Ерохин В.Г.* Диалектический материализм и теоретические основы медицины. М., 1986. 288 с.

Поступила в редакцию 14.12.2011 г.

Утверждена к печати 22.12.2011 г.

Сведения об авторах

Ф.Ф. Тетенев — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней СибГМУ (г. Томск).

Для корреспонденции

Тетенев Федор Федорович, тел.: 8 (3822) 53-07-27, 8-906-956-1489; e-mail: ftetenev@list.ru