

Врачебные ошибки, их характер, причины возникновения и пути устранения

**Член-корреспондент РАН,
профессор**

Г.Б.Федосеев

**Кафедра госпитальной терапии
им. акад. М.В.Черноруцкого
СПбГМУ им. акад И.П.Павлова**

Действия врачей, приносящие ущерб здоровью

1. Профессиональные преступления:

- неоказание помощи больному
- халатное, небрежное отношение к своим обязанностям
- выдача ложных документов (должностной подлог)
- незаконное врачевание
- нарушение правил по борьбе с инфекциями
- нарушение правил обращения с сильнодействующими веществами
- нарушение правил обращения с ядовитыми веществами
- нарушение правил обращения с наркотиками

Действия врачей, приносящие ущерб здоровью (продолжение)

- 2. Несчастный случай. Под несчастным случаем в медицинской практике принято понимать неблагоприятный исход врачебного вмешательства, связанный с со случайными обстоятельствами, которые врач не мог предвидеть и предотвратить. В таких случаях врач действовал правильно и своевременно, в полном соответствии с правилами и методами медицины.**
- 3. Врачебные ошибки субъективного и объективного характера.**

«От живого созерцания к абстрактному мышлению и от него к практике – таков диалектический путь познания истины, познания объективной реальности».

В.И.Ленин

Субъективные ошибки на этапе обследования больного – «живого созерцания»

1. Каждое проявление болезни не анализируется по пяти пунктам: 1) локализация и иррадиация; 2) качество; 3) количество; 4) взаимные связи симптомов; 5) динамика.
2. Анамнез болезни представлен неполно без учета периодичности в течении болезни, лечения, условий труда, быта и отдыха, вредных привычек и др.
3. Низкое качество объективного обследования, предпочтение лабораторным и инструментальным исследованиям.
4. Невыполнение или низкое качество простых исследований (взвешивание больного, суточный диурез и др.).
5. Отсутствие интереса к медицинским документам (амбулаторным картам, электрокардиограммам и др.).

Субъективные ошибки на этапе «абстрактного мышления» при постановке диагноза – проявление дефектов клинического мышления

- 1. Предпочтение диагностики по аналогии.**
- 2. Отсутствие навыков в диагностике методом анализа-синтеза.**
- 3. Сокращенная и неполноценная диагностика методом прямого и перекрестного дифференциального диагноза по наиболее информативному синдрому или симптому.**
- 4. Привычка ставить шаблонные, «излюбленные» диагнозы без намека на индивидуальность.**
- 5. Стремление ставить редкие диагнозы.**
- 6. При оценке диагностической значимости отдельных проявлений болезни предпочтение отдается данным инструментальных и лабораторных исследований по сравнению с клиническими данными.**
- 7. Ошибочные заключения консультантов, которые не подвергаются должной критике.**
- 8. Недооценка особенностей течения болезни в пожилом и старческом возрасте.**

Методы постановки клинического диагноза

1. **Диагностика по аналогии**
2. **Диагностика методом анализа-синтеза**
3. **Дифференциальная диагностика**
4. **Перекрестная дифференциальная диагностика**

Группы больных, для которых необходимы разные диагностические подходы

- Больные, которые повторно наблюдаются врачом и требуется корректировка диагноза , отражающая динамику заболевания, появление осложнений, ятрогении, оценка эффективности лечения, присоединение сопутствующих заболеваний.
- Редкие, имеющие яркую симптоматику заболевания – требуется уточнение, подтверждение диагноза.
- Нетипичное течение болезни, сочетание нескольких болезней, которые маскируют друг друга, влияние профессии, последствие лечения, психологические особенности больного (симуляция, диссимуляция и др.).

Диагностика по аналогии

- Типичное течение болезни, больной хорошо известен врачу – уточняющие состояние больного исследования – формирование осложнений, ятрогения, присоединение сопутствующих заболеваний, для корректировки лечения.
- Наличие у больного ярких (патогномоничных ?) симптомов – лабораторная и инструментальная проверка правильности диагноза.

Врачебная интуиция.

**Основной метод постановки
диагноза**

**Метод анализа -
синтеза**

Процесс формирования диагноза методом анализа - синтеза

1. Первичный анализ всех имеющихся субъективных и объективных данных о больном – анализ симптомов.
2. Объединение отдельных симптомов в синдромы – синдромные диагнозы.
3. Объединение синдромных диагнозов – постановка частных диагнозов.
4. Объединение частных диагнозов в единую диагностическую версию – постановка индивидуального клинического диагноза.
5. Дифференциальный диагноз.
6. Перекрестный дифференциальный диагноз.
7. Вторичный анализ – проверка диагноза.

Первичный анализ всех субъективных и объективных данных – анализ симптомов

1. Полная характеристика основных, ведущих клинических симптомов по пяти пунктам:

1. *Локализация, иррадиация.*
2. *Качественная характеристика симптома – характер, качество, свойства, особенности.*
3. *Количественная характеристика симптома – сила, выраженность, степень, величина, частота, множественность.*
4. *Динамика проявления симптома с учетом анамнеза – давность, время появления, быстрота – темп развития, постоянство или периодичность развития, нарастает или убывает со времени появления.*
5. *Взаимные связи симптома – его предположительная причинность или обусловленность, связь с другими проявлениями болезни, чем купируется симптом.*

Первичный анализ всех субъективных и объективных данных – анализ симптомов (продолжение)

2. При анализе симптомов различать симптомы достоверные (бесспорные) и сомнительные (не вполне достоверные).
3. Достоверные, несомненные симптомы нужно разделить на симптомы основные (главные, первостепенные) и второстепенные, менее информативные для постановки диагноза.
4. Систематизировать, распределить симптомы по органам и системам органов и определить наиболее поврежденную систему.

Первичный анализ всех субъективных и объективных данных – анализ симптомов (продолжение)

2. При анализе симптомов различать симптомы достоверные (бесспорные) и сомнительные (не вполне достоверные).
3. Достоверные, несомненные симптомы нужно разделить на симптомы основные (главные, первостепенные) и второстепенные, менее информативные для постановки диагноза.
4. Систематизировать, распределить симптомы по органам и системам органов и определить наиболее поврежденную систему.

Первичный анализ всех субъективных и объективных данных – анализ симптомов (продолжение)

5. Патофизиологический анализ симптомов:

- 1. О каких нарушениях функции того или иного органа может свидетельствовать данный симптом.**
- 2. При каких морфологических изменениях может появиться данный симптом.**
- 3. К чему может привести данный симптом, к каким последствиям.**
- 4. Какая взаимосвязь существует между симптомами.**

Синтез:

**формирование синдромных,
частных и клинического диагнозов**

**«Нужно под листвой синдромов отыскать
анатомические и физиологические ветви,
несущие и связывающие их» (А.Ашар) -
синдромные и частные диагнозы.**

**Комбинировать синдромы, формировать
синдромные и частные диагнозы нужно
вначале в пределах одной системы, а
затем – между различными системами –
формировать клинический диагноз.**

Схема построения клинического диагноза

- Синдромы (симптомы) – мерцательная аритмия (частный диагноз)
- Синдромы (симптомы) – комбинированный митральный порок сердца (частный диагноз)
- Синдромы (симптомы) – активность воспалительного процесса (частный диагноз)
- Синдромы (симптомы)- сердечная недостаточность (частный диагноз)

Клинический диагноз: Ревматизм, активная фаза, комбинированный митральный порок сердца с преобладанием стеноза (?), сердечная недостаточность 2а во левожелудочковому типу.

Лабораторный и инструментальный контроль правильности диагноза.

Дифференциальный диагноз

По одному наиболее информативному и достоверному синдрому.

Например: истощение; лихорадка и др.

Перекрестный дифференциальный диагноз

По двум, по трем наиболее достоверным информативным синдромам.

Например: затенение в легком, жидкость в плевральной полости, одышка; асцит, желтуха, гепатомегалия и др.

Объективные (?) причины врачебных диагностических ошибок на этапе «абстрактного мышления»

- 1. Маскировка признаков и атипичность течения основного заболевания особенно при наличии другого заболевания.**
- 2. Яркость, выраженность и кажущаяся значимость результатов лабораторного и инструментального исследований.**
- 3. Недооценка возможностей «извращения» первичной клинической симптоматики осложнениями, обусловленными лечением.**
- 4. Изменение клинической симптоматики под влиянием условий труда, быта, профилактических мероприятий и по другим причинам.**

Ошибки на этапе «практической деятельности» - при проведении лечения

- 1. Недостаточная индивидуализация – не учитываются варианты, формы болезни, эффект от предшествующей терапии, лекарственная непереносимость.**
- 2. Не формируется план лечения в острую фазу болезни – тактическая терапия, и в фазу ремиссии – стратегическая терапия.**
- 3. Недостаточное внимание режиму, питанию, устранению вредных привычек.**
- 4. Ошибки фармакотерапии: полифармация, шаблон в назначении лекарств, не контролируется время, последовательность, длительность приема и совместимость лекарств, не учитываются возрастные особенности реагирования на лекарства.**
- 5. Не используются немедикаментозные методы.**
- 6. Некорректное отношение к коллегам при оценке эффекта предшествующей терапии.**

Причины субъективных врачебных ошибок

1. Недостаточные знания терапии и смежных дисциплин – 90%.
2. Плохие практические врачебные навыки – 70%.
3. Особенности характера врача:
безответственность, небрежность, отсутствие наблюдательности, лень, самоуверенность, отсутствие интереса к работе, торопливость, нерешительность, - 20%.
4. Низкий культурный уровень врача – 10%.
5. Нехватка времени !!!

.....
«Выгорание» врачей.

Мздоимство!!!

Пути устранения врачебных ошибок

Чистая совесть

Знания

Врачебная практика