

**ЛОГИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ В КЛИНИКЕ  
ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ****И.Я. СУЛТАНОВ**

Больница № 53. 5-е терапевтическое отделение. 109432 Москва, ул. Трофимова, д.26.

Логические ошибки врача в процессе дифференциальной диагностики - одни из самых распространенных и вместе с тем наименее изученных механизмов среди причин диагностических ошибок субъективного характера в клинике внутренних болезней. Были изучены 162 истории болезни с несовпадением клинического и патологоанатомического диагнозов или поздно поставленным диагнозом. В 39 из этих случаев (24%) допущены логические ошибки. Выделены 4 механизма возникновения логических ошибок при постановке диагноза: срывы памяти, недостаток развития аналитических способностей, неразвитая способность к интеграции и синтезу, неумение строить ассоциации.

Диагностическим ошибкам, анализу причин их возникновения посвящено много работ, но тема по понятным причинам остаётся актуальной.

В своём исследовании причин диагностических ошибок в клинике внутренних болезней мы особое внимание обращали на наиболее любопытные, но, вместе с тем, наименее изученные ошибки, занимающие, по нашим данным, третье место среди всех причин диагностических ошибок субъективного характера - на логические ошибки диагноста в ходе дифференциальной диагностики [3]. Мы попытались выделить группу ошибок, связанных с несовершенством логического мышления врача и дать им соответствующее объяснение. При этом за критерий логической ошибки мы брали те случаи, когда у врача, согласно истории болезни, имелось много данных для правильной постановки диагноза, однако он ставил ошибочный диагноз и либо исправлял его впоследствии, либо оставлял неверным.

Логические ошибки обычно совершаются врачом на этапе сопоставления собранных данных с неким "идеальным", "эталонным" образом болезни, при сопоставлении предварительного (первоначального) образа болезни (диагноза) с новым образом болезни при получении дополнительных данных, результатов лечебного воздействия на больного, коррекции своих представлений о той или иной патологии и т.д.

В свою очередь дифференциальный диагноз есть по сути тот же процесс сопоставления клинко-анатомических и лечебно-диагностических проявлений заболевания с некими теоретически заданными образами болезней с целью определения наиболее вероятного заболевания в данном конкретном случае. Иначе говоря, дифференциальный диагноз есть ответ на вопрос: "На что это более всего похоже?" По существу, это типично кибернетический процесс, в ходе которого врач для решения диагностической задачи поступает в соответствии с диагностическим алгоритмом, совершая тот перечень последовательных действий, которые необходимы для достижения цели - постановки диагноза.

Осуществляется дифференциальный диагноз на различных этапах лечебно - диагностического процесса и предполагает постоянное действие принципа "обратной связи", когда врач вновь и вновь возвращается к исследуемому "предмету", то есть больному, но на более высоком этапе конкретно - мыслительного анализа по мере получения новых данных о больном. При этом немалую роль играют особенности личности врача, его психологические характеристики, тип высшей нервной деятельности, развитие интеллекта, конструктивность мышления, умение использовать знания, накапливать их.

В процессе постановки диагноза проявляется на деле известная формула общего пути познания: "От живого созерцания к абстрактному мышлению и от него к практике," - где живое созерцание - "это фаза собирания, регистрации наблюдаемых явлений, процессов, фактов, имеющих отношение к здоровью человека" [1], абстрактное мышление - построение формально-логического диагноза и, наконец, практика - конкретизация абстрактного путем связывания его с объектом мышления - больным и получения полноценного патогенетического диагноза.

Дифференциальный диагноз есть то промежуточное звено, включающее в себя в основном абстрактное мышление, в результате которого "создается образ конкретного восприятия и строится логическая схема на основании полученных данных, абстрагированных и увязанных с ранее имевшимися теоретическими представлениями о конкретном явлении или больном" [2]. Логические ошибки, таким образом, совершаются врачом чаще всего именно на этапе абстрактного мышления (согласно теории диагноза), то есть, как уже говорилось, на этапе сопоставления.

Да, ошибка может быть совершена при сборе анамнеза, неверной трактовке полученных данных, недостаточном знании "эталонного" образа болезни, методов обследования и т.д. Но, если можно так выразиться, сердцевинной всего диагностического процесса является сопоставление, то есть логическое осмысливание имеющихся данных со знаниями о болезнях вообще. Не овладение методикой сопоставления ведёт к логическим ошибкам в диагностике, к неверному умозаключению при выборе нозологической гипотезы. Это ответственная часть диагностического процесса, ибо соединяя различные этапы познания врачом (субъектом) больного (объекта), определяет далее главное направление в лечении больного. Именно в процессе идентификации, обобщения, анализа и синтеза отдельных симптомов или сравнения перечня симптомов у конкретного больного с перечнем симптомов того или иного "эталонного" заболевания и происходит "поворот" мысли врача на неверный путь. Именно здесь проверяются возможности логического мышления врача, так как в этот момент он отделяет главное от случайного, существенное от несущественного, раскрывая генетическую связь массы симптомов с данным патологическим состоянием.

Обдумывая диагноз, врач заставляет свой мозг проделывать значительную работу. Здесь и цепь логических рассуждений, и скрытая от мысленного взора работа подсознания, интуиции, памяти, сопоставление конкретных симптомов, вариантов возможных заболеваний. Но при всей сложности вопроса о специфичности врачебного мышления, что связано как с недостаточной ясностью многих механизмов человеческого мышления вообще, так и со сложностью взаимоотношений субъекта и объекта, с определённой можно констатировать следующее:

- 1) диагностический процесс осуществляется врачом по схеме диагностического алгоритма;
- 2) быстрота и успешность диагностического процесса зависит не только от оснащённости медицинского учреждения, не только от степени владения врачом профессиональными знаниями, не только от природой обусловленной подвижности нервных процессов в коре головного мозга, но и от степени овладения врачом логическими формами и законами мышления, от степени развития мыслительных навыков;
- 3) логические ошибки диагностики - ошибки особого рода, связанные с несовершенством развития логических свойств мышления, требуют вычлнения их в особый вид ошибок, ибо только акцентируя на них внимание можно понять причины, приводящие к срывам в аналитико-синтетической деятельности мозга врача, познать особенности своего мышления, научиться строгому логическому анализу, дисциплинировать ум.

Нами изучены 162 истории болезни, в которых имело место или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов, или верный диагноз был поставлен далеко не сразу.

В 30 случаях ошибка была связана с объективными трудностями (кратковременность пребывания в стационаре, атипичное течение заболевания, отсутствие необходимой аппаратуры и т.д.); 93 случая ошибочного и позднего диагностирования были связаны с недочётами деонтологического характера (плохо собран анамнез, спешка, неполнота лабораторно-инструментальных обследований, некритическое отношение к своим действиям, небрежность и т.д.); в 39 случаях (около 24%) были допущены логические ошибки.

При анализе последнего типа ошибок мы выделили 4 механизма их возникновения:

1. Срывы памяти, ведущие к неверным логическим построениям.
2. Недостаточное развитие аналитических способностей, неумение отдифференцировать важное от второстепенного, вычленив кардинальное.
3. Неразвитая способность к интеграции, синтезу, то есть неумение свести воедино имеющиеся данные, суммировать их, сгруппировать по общности признаков.
4. Неумение строить ассоциации, то есть сопоставлять, связывать синтезированный образ с "эталонным" образом болезни, иначе говоря, ответить на вопрос: "На что это более всего похоже?" (Ошибки этого типа особенно часты, ибо редко синтезированный образ точно совпадает с образом из учебника).

Выделенные механизмы возникновения логических ошибок при постановке диагноза суть составные компоненты процесса мышления, все элементы которого находятся между собой в неразрывном единстве. Без анализа нет синтеза, они всегда взаимосвязаны. В свою очередь без анализа и синтеза невозможно всестороннее сопоставление, сравнение. Расчлняя этот единый процесс на составные части в ходе выявления причин логических ошибок, мы тем самым получаем возможность детализировать изучаемое целое, локализовать то звено, где произошёл срыв в мышлении врача.

Так, если дифференциальный диагноз, по существу, есть построение ассоциаций, то есть установление той связи представлений, благодаря которой одно представление, появившись в сознании, вызывает по сходству, смежности или противоположности другое, то недостаточно развитая способность к ассоциативным формам мышления неизбежно приводит к возникновению логических ошибок, что и выделено в представленной их градации.

Вместе с тем опыт показывает, что отдифференцировать логический тип ошибок от ошибок другого рода не всегда легко. Проще обвинить врача в некомпетентности, поверхностности, отсутствии критического отношения к своим суждениям и тому подобное. Но гораздо важнее разобраться в логике его мышления, в мотивации принятия им решения.

Приведём пример, характеризующий один из типов логических ошибок.

Больной Н., 83 лет, поступил в приёмное отделение с диагнозом: "печёночная колика." Осмотрен хирургом, который данный диагноз отверг. Обращали на себя внимание двигательное возбуждение, моторная афазия, ригидность затылочных мышц, нарастающая одышка (до 40 в минуту), температура до 39°C. В лёгких хрипы не выслушивались. Тоны сердца приглушены, пульс 140 в минуту, ритмичный. АД 100/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен серым налётом. Живот вздут, при пальпации чувствителен во всех отделах. Печень у края рёберной дуги. Дизурии нет. В крови лейкоцитоз до 18000. На ЭКГ умеренные изменения миокарда. Удавалось выяснить, что за 10 дней до поступления больной лечился у оториноларинголога по поводу "болей в ухе". Последнее обстоятельство заставило заподозрить отогенный гнойный менингит. Была произведена люмбальная пункция, получена мутная, выделяемая под большим давлением жидкость. Инфекционистом поставлен диагноз: "Гнойный отогенный менингит?"

На 2-й день пребывания в стационаре больной умер. Несмотря на имеющиеся данные, лечащий врач решил, что более вероятно опухоль головного мозга в теменно-височной области справа с распадом, вторичный гнойный менингит, отёк мозга.

На вскрытии: отогенный абсцесс правой теменно-височной области головного мозга с прорывом гноя в желудочки мозга. Отёк мозга.

Хотя в медицинской практике врач далеко не всегда может быть абсолютно уверен в точности выставленного им диагноза, в рассматриваемом случае данные анамнеза и клиники определённо указывали на наиболее вероятный - отогенный - характер поражения мозга и не было каких-либо серьёзно обоснованных оснований предполагать наличие у больного опухоли головного мозга.

Предмет логики - это соотношения между познавательными результатами, продуктами, возникающими в процессе мышления, то есть анализа, синтеза, сопоставления, обобщения. В ходе сбора анамнеза, выявлении симптомов и лабораторно - инструментальных данных, врач выделяет наиболее важные, значимые, существенные элементы в клинической картине больного (анализ), затем устанавливает связи и взаимоотношения между выявленными элементами (синтез), тут же формируя на этой основе в своём сознании наиболее вероятный первоначальный образ болезни, соотносимый с неким теоретически заданным "эталонным" образом, заложенным уже в его памяти или найденным им в специальной литературе.

В данной ситуации с точки зрения решения логической задачи у врача не должно было при имеющейся информации возникнуть больших сложностей в правильной постановке диагноза, однако диагностическая ошибка произошла. Врач не учёл ряд существенных моментов анамнеза и клиники (особенно факт начала заболевания с появления болей в ухе) и потому, как следствие, не сумел при наличии истинных исходных данных обеспечить истинность заключения, логически правомерный вывод. Не сумел, говоря иначе, в ходе сопоставления провести точный анализ сравниваемых "предметов", то есть верно связать уже синтезирован-

ный образ с "эталонным", спонтанно уйдя в сторону ложной нозологической гипотезы. Одним словом, не сумел правильно построить ассоциацию, хотя были все предпосылки для правильной диагностики, для верного ответа на вопрос: "На что это более всего похоже?".

Понимая особую важность этого этапа диагностики, многие клиницисты прямо заявляют о необходимости обучения врачей законам правильного логического мышления, видя в этом один из важнейших факторов подготовки врачей высокой квалификации.

### Литература

1. Сырнев В.М., Чикин С.Я. Врачебное мышление и диалектика. Истоки врачебных ошибок. – М.: Медицина, 1973.
2. Бенедиктов И.И. Происхождение диагностических ошибок. – Свердловск.: Средне-Уральское кн. изд-во, 1977.
3. Султанов И.Я. Ошибки диагностики в клинике внутренних болезней. Автореф. дис. канд. – М.: 1994.

### LOGICAL MISTAKES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC IN CLINIC OF INTERNAL MEDICINE

**I.Ya. SULTANOV**

Municipal Hospital N 53. 109432 Moscow, Trofimova st., 26

162 patient's histories with discrepancy in clinical and autopsy diagnoses and late diagnoses. In 39 cases (24%) logical mistakes were made. Four mechanisms of logical mistakes in making diagnosis assigned failure of memories, insufficiency of analytical capacity development, undeveloped capability of integration and synthesis, inability to make associations.