



За диагностичните грешки и риска от тяхното увеличение

Най-малко един от двадесет възрастни американци, диагностицирани и лекувани в извънболничната помощ (12 милиона пациенти годишно), са с неправилна диагноза, като половината от тези медицински грешки може да бъдат опасни за пациентите, се съобщава в публикация от популационно проучване. Резултатите от този анализ са публикувани през април 2014 г. в престижното международно списание *BMJ*. В анализа се съобщава, че неправилна интерпретация на рентгенографиите на бял дроб може да доведе до пропуски в диагностицирането на белодробния карцином, необръщане на внимание за анамнеза за ректорегия може да забави диагностицирането на карцином на дебелото черво. Авторите на проучването установяват диагностични грешки при 5.08% от болните и смятат, че около половината от тези грешки мога да бъдат фатални за пациентите. Чрез публикуването на тези резултати изследователите се надяват, че може да се „постави основа за разсъждения на политиците, здравните организации и изследователите как да се увеличат усилията за по-точна диагностика и намаляване на диагностичните грешки“.

За съжаление у нас няма такива анализи. Но клиничните лекари почти ежедневно се сблъскват с диагностични грешки. Често заболявания не се диагностицират в ранните им етапи, понеже не се спазват алгоритми за диагностика. Явно у нас е по-лесно да се осъществи коронарография, отколкото тест с физическо натоварване (велоергометрия) при болните с гръдна болка; не се прави диференциална диагноза на гръдната болка, но да не забравяме, че коронарната болест на сърцето е само една малка част от тази диференциална диагноза. Пристъпи от предсърдно мъждене не се регистрират и пациентите не получават антикоагулантна профилактика на емболиите (мозъчни и периферни), а в някои случаи болни на антикоагулация с антагонисти на vit. K (аценокумарол) не контролират системно INR.

Но може би най-често се пропускат началните форми на хронично бъбречно заболяване, тъй като не се изчислява гломерулна филтрация (eGFR). И оттук се появяват системни грешки в избора на терапия и особено на дозата на предписаните медикаменти. Все по-често се регистрира предозиране на излъчвани през бъбреците лекарства, особено при пациенти в напреднала и старческа възраст. Клиничните изяви

обикновено са брадикардия (брадиаритмия) или хипотония, но понякога могат да бъдат фатални за пациента.

Дали обаче лекарите не знаят или системата е грешна? Кои и как контролира диагностиката и лечението?

Ние не разполагаме с информация по отношение на знанията на лекарите. Много вероятно е те да познават алгоритмите за диагностика, да са наясно с необходимите изследвания за контрол на ефекта от терапия, но системата да не позволява адекватното приложение на тези познания чрез ограничения на възможностите за консултация или допълнителни изследвания. Дали заради непроследяването на някои лабораторни или неинвазивни параметри се увеличава броят на хоспитализираните пациенти със сърдечно-съдови заболявания? А може би се стимулират хоспитализациите поради значителното увеличение на болниците у нас. Лекарите в големите болнични заведения са свидетели на хоспитализации на едни и същи болни, преминали по повод на едни и същи оплаквания в различни болници, дори получили скъпа и неиндицирана диагностика, разходвали значим здравен ресурс без съществен резултат. Налична статистика по въпроса ще даде много отговори за честотата на хоспитализациите и за ефективността от лечението.

Хубаво би било всички институции и организации да се замислят дали контролът в познанието и свободата в извънболничната диагностика няма да подобрят финансирането на здравната ни система като цяло.

Доц. Борислав Георгиев

Главен редактор