

Ответственность рождает уважение

Я. Гётлин

(*Diagnostic Imaging Europe. 1999, June*)

Знаменитый шведский рентгенолог О. Олссон учил автора в период прохождения им резидентуры по радиологии, что протокол должен быть кратким, завершаться вполне определенным диагнозом, и только в особых случаях в протоколе следует давать дифференциальный ряд. Неопределенные протоколы вызывают лишь замешательство лечащего врача и ведут к повторным исследованиям.

Автор указывает основные дефекты протоколирования.

Избыточная информация. Подробное, детальное, анатомически тщательное описание часто так и не сопровождается определенной диагностической концепцией (хотя бы в виде “норма–не норма”). Следы перенесенных заболеваний (например, туберкулеза), возрастные изменения, такие как удлинение аорты или остеофиты позвоночника, тщательно описываются, но никак не соотносятся с настоящим заболеванием пациента. Дается заключение о том, что признаков патологии не выявлено, но исключить ее нельзя и требуется дальнейшее обследование пациента. В результате такого двусмысленного заключения лечащий врач не получает никакой стоящей информации, а пациент испытывает сомнение и неопределенность.

Уход от ответственности. Это один из вариантов вышесказанного, когда излагается масса информации, но полностью отсутствует необходимое обобщающее заключение. Описывается анатомический субстрат: тяжи, полосы, очаги, фокусы, затемнения, причем с их локализацией по полям, а не анатомическим областям. Шансы прийти к определенному диагностическому заключению по такому неадекватному описанию невелики. Рентгенолог избегает взять на себя ответственность, а лечащий врач остается в недоумении.

Неспособность выделить главное. Во многих протоколах клиническая сторона может быть вполне адекватной, однако при этом излишне подробно излагаются параметры самого исследования: когда и как проводилось исследование, какую вену пунктировали, какой иглой пользовались, каким видом бария контрастировали и пр. Многие из этих параметров, необходимых в лучевом отделении для контроля качества и учета, не следует автоматически переносить в протокол, предназначенный лечащему врачу, за исключением упоминания об аллергических реакциях.

Избыточность дифференциального ряда. Завершение протокола длинным рядом дифференциальных диагнозов по убывающей их вероятности переносит легальную ответственность за интерпретацию протокола на лечащего врача. Такое избыточное перечисление целого списка заболеваний без отчетливой констатации, имеется ли норма или патология, служит свидетельством ухода радиолога от ответственности. В случае последующей ошибки козлом отпущения становится лечащий врач.

Автор неоднократно обсуждал проблему неадекватности протоколов с лечащими врачами, которые имеют склонность считать радиологов обычными технологами, лишь исполняющими заявки лечащих врачей. Последние же и дают окончательную интерпретацию результатов исследования, назначают лечение и, как им кажется, понимают проблемы пациента лучше, чем “безразличный” радиолог. С опытом такой подход лечащих врачей к радиологам смягчается, но к тому времени молодой радиолог уже может поневоле превратиться в смиренную и безынициативную фигуру.

Современнейшие технологии, используемые в радиологии, привлекают в эту дисциплину молодых врачей. Радиология всегда привлекала врачей, имеющих, скорее, склонность к технике и методологии, чем к лечению. Ситуация осложняется также все большей нехваткой времени у радиологов на что-либо иное, кроме непосредственного проведения исследований. Не остается времени на обсуждение с коллегами-радиологами, лечащими врачами, пациентами, на продолжение своего образования. Нет времени, чтобы контролировать себя по операционным данным, по результатам патологоанатомического исследования, чтобы ходить на клинические конференции. В результате радиолог все больше превращается в технолога, который боится брать на себя ответственность и к которому его коллеги начинают относиться с определенной долей неуважительности.

Автор рекомендует своим молодым коллегам-радиологам писать протоколы кратко, точно, с небольшим числом вероятных диагнозов. Если установить окончательную причину заболевания невозможно, не надо бояться открыто сообщить об этом. Подобный подход сократит количество повторных и контрольных исследований, высвободит больше времени и, что еще более важно, придаст больше уважения радиологу и включит его в число лиц, несущих ответственность за лечение больного.