

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА И ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА

Кафедра оториноларингологии ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России

На сегодняшний день не существует четких отличительных симптомов при дифференциальной диагностике хронического тонзиллита (ХТ) и хронического фарингита (ХФ). Анализ частоты встречаемости клинических симптомов у 113 пациентов с ХТ и 69 с ХФ с использованием подробной анкеты и методов описательной статистики позволил установить 27 диагностически значимых симптомов ХТ и 11 – ХФ, которые рекомендовано использовать при дифференциальной диагностике данных патологических состояний глотки. Все выявленные диагностически значимые симптомы нельзя признавать патогномичными, так как они встречаются при обоих заболеваниях, подтверждая тем самым единство этиологии и патогенеза ХТ и ХФ. Течение воспалительных заболеваний глотки с учетом преобладающего поражения ее элементов следует характеризовать как фаринготонзиллит или тонзиллофарингит, протекающие в структурном и клиническом единстве.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, хронический фарингит, дифференциальная диагностика, диагностически значимые симптомы.

DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF THE SYMPTOMS OF CHRONIC TONSILLITIS AND CHRONIC PHARYNGITIS

E.Z. Mirzoeva

Department of Otorhinolaryngology Tver State Medical Academy

For today, there are no clear distinctive symptoms in differential diagnosis of chronic tonsillitis (CT) and chronic pharyngitis (CF). Analysis of the frequency of occurrence of clinical symptoms in 113 patients with CT and 69 with CF using a detailed questionnaire and descriptive statistical methods made it possible to establish 27 diagnostically significant symptoms of CT and 11 of – CF, which are recommended in the differential diagnosis of pathological states of pharynx. All identified diagnostically significant symptoms should not be recognized as pathognomonic, as they occur in both diseases, thus confirming the unity of the etiology and pathogenesis of CT and CF. During the inflammatory diseases of the pharynx with the prevailing defeat of its elements should be characterized as pharyngotonsillitis or tonsillopharyngitis existing in clinical and structural unity.

Key words: chronic tonsillitis, chronic pharyngitis, differential diagnosis, diagnostically significant symptoms.

Введение

До настоящего времени дифференциальная диагностика хронического тонзиллита (ХТ) и хронического фарингита (ХФ) представляет большие трудности. Многие симптомы ХТ и ХФ совпадают [1], особенно при одновременном поражении лимфоидной ткани небных миндалин и задней стенки глотки [4]. Выраженность субъективных ощущений больных ХТ и ХФ часто не соответствует выраженности выявляемых объективных признаков [2, 3], лабораторные методы исследования также мало способствуют дифференциальной диагностике этих заболеваний. Таким образом, четких отличительных симптомов ХФ и ХТ для дифференциальной диагностики сегодня не существует.

Цель исследования: изучить диагностическую значимость субъективных и объективных симптомов, традиционно используемых для диагностики клинически сходных заболеваний глотки – хронического тонзиллита и хронического фарингита.

Материал и методы исследования

В оториноларингологическом отделении областной клинической больницы г. Твери было обследо-

вано 182 пациента в возрасте от 17 до 88 лет, составивших две группы: 113 – с клинически установленным диагнозом ХТ и 69 – с ХФ. Все результаты исследования больных вносились в разработанную анкету, содержащую сведения по 85 симптомам, в том числе учитывающим жалобы, анамнез, ЛОР-статус, сопутствующие патологические состояния, результаты исследования клинического анализа крови, микрофлоры глотки и особенности вегетативного тонуса больных.

Оценка значимости симптомов заболеваний глотки проводилась методами описательной статистики. С учетом многолетнего опыта исследований на кафедре оториноларингологии Тверской ГМА диагностически значимыми для обоих заболеваний считали симптомы с частотой встречаемости 15% и более. При сравнении однотипных диагностически значимых симптомов с разницей в частоте их встречаемости $\geq 15\%$ они считались диагностически значимыми только для одного из двух заболеваний.

Результаты и обсуждение

В ходе анализа клинической симптоматики у обследованных больных при обоих заболеваниях ус-

Таблица 1

Частота предъявляемых жалоб больными хроническим тонзиллитом и хроническим фарингитом

Диагностически значимые симптомы заболеваний	Частота встречаемости симптомов у обследованных больных, %	
	Хронический тонзиллит	Хронический фарингит
Боли в горле постоянные	43,4	37,7
Покальвание при глотании и разговоре	27,4	21,7
Першение, саднение в горле	62,8	62,8
Неловкость в горле	51,3	42,0
Сухость в горле	30,1	34,8
Беспричинный сухой кашель	21,2	26,1
Запах изо рта	32,7	34,8
Сердцебиение	18,6	17,4
Быстрая утомляемость голоса, затрудненное носовое дыхание	19,5	19,5

тановлена близкая частота встречаемости большого количества предъявляемых жалоб у пациентов с ХТ и ХФ (табл. 1).

Учитывая отсутствие достоверных различий между группами больных, можно утверждать, что жалобы, используемые традиционно [3–5] для диагностики ХТ, встречались с близкой частотой и при диагностике ХФ. Соответственно, использование в диагностике кажущихся типичными жалоб при ХТ и ХФ не может способствовать их четкой дифференциальной диагностике, что совпадает с данными литературы [1, 3].

Были установлены различия и в частоте других жалоб. Так, у пациентов с ХТ преобладали боли при глотании с иррадиацией в ухо, которые встречались в 33,6% случаев болезни, тогда как при ХФ имели место в 10,1% случаев. Ощущение постороннего тела в горле при ХТ отмечали 68,1% пациентов, а при ХФ – 36,2%; ощущение крупинки на языке (гнилостных пробок из лакун небных миндалин) при ХТ – 56,6%; а при ХФ – 15,9%. Жалобы на периодическое «постреливание» в ухо при ХТ имели место у 20,4% пациентов, а при ХФ – у 5,8%. В 54% случаев ХТ пациенты отмечали нерезкие болевые ощущения в области региональных лимфатических узлов, их увеличение и в 13% случаев – при ХФ. На слабость жаловались 41,6% пациентов с ХТ и 26,1% больных ХФ, недомогание соответственно 43,4 и 26,1%; снижение работоспособности – 38,9 и 20,3%; боли в сердце – 31,9 и 7,3%; субфебрилитет – 33,6 и 8,7%; боли в суставах – 30,1 и 13%.

При этом у больных ХФ преобладали только два симптома из раздела «жалобы» – боль в горле при глотании («пустой глоток») – в 42% случаев (соответственно у больных ХТ – в 26,6%), а также жжение в горле – у 40,6% (соответственно при ХТ – у 18,6%).

Соответственно, все без исключения субъективные жалобы встречаются при обоих заболеваниях, что объяснимо с точки зрения общности происхождения ХТ и ХФ – это хронический воспалительный процесс в глотке, как в слизистой оболочке, так и в небных миндалинах, обусловленный «единством

морфофункциональной организации лимфоидных образований» [6].

При анализе данных анамнеза было выявлено, что как при ХТ, так и при ХФ практически с одинаковой частотой регистрировались признаки вторичного иммунодефицита. Частые ОРВИ (2 и более раз в год) соответственно в 53,1 и 53,6% случаев свидетельствуют о снижении иммунологической реактивности организма при данных заболеваниях, на что имеются и указания в литературе [7, 8].

Что касается различий в течении данных заболеваний, то в анамнезе больных ХТ намного чаще, чем при ХФ, выявлялись следующие симптомы: частые ангины (один и более раз в год) соответственно в 54 и 8,7% случаев и антибактериальная терапия (от 3 раз в год) – в 38,1 и 13% случаев, а также курение (в 23 и 8,7% наблюдений), которое, как видно из приведенных данных, играет патогенетическую роль при заболеваниях глотки, правда, разной степени значимости.

Фарингоскопическая картина не продемонстрировала значимых дифференциальных различий у пациентов с ХТ и ХФ. С близкой частотой встречались такие симптомы, как признак Гизе (соответственно 73,5 и 66,7% наблюдений) и размер небных миндалин. Величина небных миндалин I степени регистрировалась в 37,2 и 39,1% случаев, II – в 38,9 и 40,6%, III – в 23,9 и 20,3%, что соответствует данным литературы [3].

При этом следует принимать во внимание, что величина небных миндалин может сильно варьировать в зависимости от индивидуальных возрастных и конституциональных особенностей человека [5], а появление признака Гизе, являющегося следствием нарушения крово- и лимфообращения, может быть обусловлено остеохондрозом шейного отдела позвоночника, который является одним из основных патогенетических факторов обоих заболеваний. Соответственно, величина небных миндалин и признак Гизе не могут служить дифференциально-диагностическими критериями данных патологических состояний глотки.

В то же время были выявлены и различия в фарингоскопической картине. Так, при ХТ преобла-

дающими были следующие фарингоскопические признаки: разрыхленность миндалин – в 48,7% случаев (при ХФ – в 20,3%); бугристость небных миндалин – в 53,1% (при ХФ – в 13%); широкие лакуны небных миндалин – в 65,5% (при ХФ – в 18,8%); сращение небных миндалин с дужками – в 64,6% (при ХФ – в 11,6%); гнойные пробки в лакунах – в 71,7% (при ХФ – в 21,7%); положительный симптом Зака – в 63,7% (при ХФ – в 21,7%) и симптом Б.С. Преображенского – в 60,2% (при ХФ – в 26,1%). У пациентов с ХФ преобладали другие объективные симптомы, выявляемые при фарингоскопии: гиперемия слизистой оболочки глотки отмечалась в 68,1% наблюдений (при ХТ – в 26,6%); гипертрофия слизистой задней стенки глотки, боковых валиков – в 60,9% (при ХТ – в 15%); сухость слизистой оболочки глотки – в 24,6% (при ХТ – в 4,4%); слизисто-водянистое отделяемое на задней стенке глотки – в 52,2% (при ХТ – в 18,6%); белесоватый, легко снимаемый налет, не оставляющий эрозивной поверхности на слизистой оболочке глотки – в 24,6% (при ХТ – в 1,8%).

Анализ данных фарингоскопической картины подтверждает единство происхождения ХТ и ХФ, то есть неразделимость этиологии и патогенеза этих заболеваний глотки, поскольку наиболее диагностически значимые объективные симптомы встречаются в той или иной степени выраженности при обоих патологических состояниях глотки.

На общность патогенетических процессов при данных заболеваниях указывает и близкая по частоте встречаемости симптомов сопутствующих заболеваний, которые относят к основным патогенетическим

факторам как ХТ, так и ХФ [5, 9–11]: кариозные зубы (21,2 и 17,4% наблюдений); искривление носовой перегородки (22,1 и 23,2%); остеохондроз шейного отдела позвоночника (37,2 и 34,8%).

Наиболее диагностически значимыми с учетом встречаемости сопутствующими ХТ состояниями, хотя и встречающимися при обеих нозологиях, оказались хроническая аллергическая риносинусопатия (у 23,9%) и дисбактериоз кишечника (у 23%) (при ХФ они имели место соответственно в 8,7 и 10,1% наблюдений). При этом сопутствующими ХФ состояниями чаще всего были гастроэзофагеальный рефлюкс (у 30,4%) и гастрит гипертрофический (у 15,9%), при ХТ они имели место соответственно у 8,9 и 9,7% пациентов.

При оценке периферической крови увеличенная СОЭ выявлена у 26,6% больных ХТ и у 24,8% больных ХФ; лимфоцитоз – соответственно у 18,8 и 23,2%, свидетельствуя о наличии очага хронического воспаления в глотке и вновь подтверждая единство патогенеза ХТ и ХФ [12]. Для пациентов с ХТ диагностически значимыми оказались лейкоцитоз (16,8%), моноцитопения (21,2%) и гипохромная анемия (15,9%), в то время как у пациентов с ХФ они встречались соответственно в 5,8, 10,1 и 13% случаев, что совпадает с данными литературы [3, 13–14].

Эозинофилия в периферической крови достаточно часто имела место как при ХТ (15,9%), так и при ХФ (33,3%), но при сравнении групп частота его встречаемости при ХФ превышала 15%, подтверждая диагностическую значимость данного симптома при ХФ. Однако и при диагностике ХТ эозинофилии

Таблица 2

Диагностически значимые симптомы хронического тонзиллита и хронического фарингита

Разделы диагностической анкеты	Диагностически значимые симптомы заболеваний глотки	
	Хронический тонзиллит	Хронический фарингит
Жалобы	Боли при глотании, иррадиирующие в ухо; ощущение постороннего тела в глотке; ощущение крупинки на языке (гнилостных пробок из лакун небных миндалин); периодическое постреливание в ухо; резкие болевые ощущения в области региональных лимфатических узлов, их увеличение; слабость; недомогание; снижение работоспособности; боли в сердце; субфебрилитет; боли в суставах	Боль в горле при глотании («пустой глоток»); жжение в горле
Анамнез	Частая антибактериальная терапия (от 3 раз в год); частые ангины (один и более раз в год); вредные привычки	Диагностически значимых симптомов нет
ЛОР-статус	Разрыхленность небных миндалин; бугристость небных миндалин; широкие лакуны небных миндалин; сращение небных миндалин с дужками; гнойные пробки в лакунах; симптом Зака; симптом Б.С. Преображенского	Гиперемия слизистой оболочки глотки; гипертрофия слизистой задней стенки глотки, боковых валиков; сухость слизистой оболочки глотки; слизисто-водянистое отделяемое на задней стенке глотки; белесоватый, легко снимаемый налет, не оставляющий эрозивной поверхности на слизистой оболочке глотки
Сопутствующая патология	Хроническая аллергическая риносинусопатия; дисбактериоз кишечника	Гастроэзофагеальный рефлюкс; гастрит гипертрофический
Клинический анализ крови	Лейкоцитоз; моноцитопения; гипохромная анемия	Эозинофилия
Микрофлора глотки	Бактериальная микрофлора	Грибковая микрофлора

следует придавать значение, так как аллергический фактор является одним из ведущих в патогенезе данных заболеваний [15–17].

При микробиологическом исследовании микрофлоры глотки у больных ХТ по сравнению с больными ХФ превалирует бактериальная микрофлора (соответственно 62,8 и 31,9% случаев), тогда как у пациентов с ХФ – грибковая микрофлора (соответственно 62,3 и 25,7% наблюдений). Отсутствие патогенной микрофлоры у больных ХТ и ХФ выявлено соответственно в 11,5 и 5,8% случаев. Наличие преимущественно сапрофитной микрофлоры у большинства больных как ХТ, так и ХФ свидетельствует о нарушенном биоценозе в глотке, что еще раз подтверждает общий патогенез ее патологических состояний.

Различий в вегетативном статусе в обеих группах больных отмечено не было, что заставляет усомниться в значимости нарушений вегетативного тонуса в патогенезе ХТ и ХФ. Среди пациентов ХТ нормотония отмечена в 37,2% случаев, парасимпатикотония – в 34,5%; симпатотония – в 28,3%, а среди больных ХФ соответственно – в 37,7, 30,4 и 31,9%.

Таким образом, в результате проведенной работы установлено 27 диагностически значимых симптомов при ХТ и 11 при ХФ, которые рекомендовано использовать при дифференциальной диагностике данных патологических состояний глотки (табл. 2).

Заключение

Выявленные диагностически значимые симптомы на основе методов описательной статистики с учетом их частоты нельзя признавать патогномичными ни для ХТ, ни для ХФ, так как они встречаются при обоих заболеваниях. Для поиска патогномичных симптомов данных заболеваний необходимо использование современных информационных технологий.

Учитывая общность происхождения выявленных диагностически значимых симптомов ХТ и ХФ, можно говорить о единстве этиологии и патогенеза заболеваний, а именно слизистой оболочки глотки с лимфоидными образованиями и небных миндалин. Поэтому правильно было бы характеризовать заболевания глотки с учетом превалирующего поражения ее элементов как фаринготонзиллит или тонзиллофарингит, протекающие в структурном и клиническом единстве.

Литература / Referenses

1. Цыганов А.И. // В.А. Попа. Хронический тонзиллит. – Кишинев: Штиинца, 1984. – С. 3.
2. Цыганов А.И. // В.А. Попа. Chronic tonsillitis. – Chisinau: Shtiintsa, 1984. – С. 3.
3. Лопатин А.С. Лечение острого и хронического фарингита // РМЖ. – 2001. – Т. 9. – № 16–17. – С. 694–698.
4. Lopatin A.S. Treatment of acute and chronic pharyngitis // RMZH. – 2001. – Т. 9. – № 16–17. – С. 694–698.
5. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Крюков А.И. Воспалительные заболевания глотки. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 288 с.
6. Palchun V.T., Luchikhin L.A., Krukov A.I. Inflammatory diseases of the pharynx. – М.: GEOTAR-Media, 2007. – 288 s.

4. Преображенский Б.С., Попова Г.Н. Ангина, хронический тонзиллит и сопряженные с ними заболевания. – М.: Медицина, 1970. – 383 с.

Preobrazhenskii B.S., Popova G.N. Tonsillitis, chronic tonsillitis and associated diseases. – М.: Medicina, 1970. – 383 s.

5. Портенко Г.М., Портенко Е.Г., Шматов Г.П. Хронический тонзиллит с позиций современных информационных технологий. – Тверь, 2012. – 77 с.

Portenko G.M., Portenko E.G., Shmatov G.P. Chronic tonsillitis with the position of modern information technology. – Tver, 2012. – 77 s.

6. Рубанова И.И. Клиника и лечение гипертрофического фарингита у детей: автореф. дис. ... к. м. н. – М., 1996. – 22 с.

Rubanova I.I. The symptoms and treatment of hypertrophic pharyngitis in children: authoref. dis. ... k. m. n. – М., 1996 – 22 s.

7. Цыганов А.И., Фейгин Н.П., Павлоцкий Я.Л. и др. Ультразвук и фонофорез в лечении хронических фарингитов // Вестник оториноларингологии. – 1979. – № 5. – С. 32–34.

Tsyganov A.I., Feigin N.P., Pavlotsky J.L. et al. Ultrasound and phonophoresis in the treatment of chronic pharyngitis // Journal of Otorhinolaryngology. – 1979. – № 5. – С. 32–34.

8. Черныш А.В., Гофман В.Р., Мелконян Э.Р. О патогенезе хронического тонзиллита // Российская оториноларингология. – 2002. – № 2. – С. 51–57.

Chernish A.V., Hoffmann V.R., Melkonian E.R. About the pathogenesis of chronic tonsillitis // Russian otorhinolaryngology. – 2002. – № 2. – С. 51–57.

9. Джамалудинов Ю.А. Дистрофические процессы глотки (фарингиты). Клиника, диагностика, лечение и профилактика: дис. ... к. м. н. – М., 1998. – 115 с.

Dzhamaludinov Y.A. Degenerative processes of the pharynx (pharyngitis). Clinical features, diagnosis, treatment and prevention: dis. of candidate of medical sciences. – М., 1998. – 115 s.

10. Лебедева Н.А. Хронический фарингит как следствие патологии верхних дыхательных путей (клиника, классификация, диагностика, лечение): автореф. дис. ... к. м. н.: – М., 2000. – 26 с.

Lebedeva N.A. Chronic pharyngitis as a consequence of pathology of the upper respiratory tract (clinic, classification, diagnosis, treatment): authoref. dis. ... k. m. n. – М., 2000. – 26 s.

11. Анготоева И.Б., Зацепилова Ю.И. Состояние небных миндалин с искривлением перегородки носа // Вестник оториноларингологии. – 2012. – № 5. – С. 42–44.

Angotoeva I.B., Zatsopilova Y.I. Condition of the tonsils with the curvature of the nasal septum // Journal of Otorhinolaryngology. – 2012. – № 5. – С. 42–44.

12. Цветков Э.А. Аденотонзиллиты и их осложнения. Лимфоэпителиальное глоточное кольцо в норме и патологии (текст). – ЭЛБИ, 2003. – 23 с.

Tsvetkov E.A. Adenotonsillitis and their complications. Lymphoepithelial pharyngeal ring in normal and pathological conditions (text) / E.A. Tsvetkov. – ELBI, 2003. – 23 s.

13. Дзыза В.Г. К вопросу о диагностической ценности местного лейкоцитоза при хроническом тонзиллите // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1962. – № 1. – С. 9–12.

Dzyza V.G. On the diagnostic value of local leukocytosis with chronic tonsillitis // Journal of Ear, Nose and Throat Diseases. – 1962. – № 1. – С. 9–12.

14. Чесноков А.А. Вопросы патологии верхних дыхательных путей. – Омск, 1964. – С. 73–79.

Chesnokov A.A. Questions pathology of the upper respiratory tract. – Omsk., 1964. – С. 73–79.

15. Бобровский Н.А., Сахаров П.П., Гудкова Е.П. Аллергия при тонзиллярных заболеваниях и катарх верхних дыхательных путей // Труды 1 Всероссийского съезда оториноларингологов. – М., 1963. – С. 10–12.

Bobrowski N.A., Saharov P.P., Gudkov E.P. Allergy to tonsillar diseases and catarrh of the upper respiratory-tract enforcement // Works 1 All-Russian Congress of otolaryngologists. – М., 1963. – С. 10–12.

16. Преображенский Б.С. Вегетоневротические (вазомоторные) и аллергические поражения различных участков

верхних дыхательных путей // Вестник оториноларингологии. – 1963. – № 1. – С. 3–13.

Preobrajzhenskii B.S. Vegetative Neurotic (vasomotor) and allergic lesions of various parts of the upper respiratory tract // West nickname otorhinolaryngology. – 1963. – № 1. – S. 3–13.

17. *Кашиинская Р.Ю.* Хронический фарингит и аллергия // Вестник оториноларингологии. – 1969. – № 3. – С. 52–57.

Kashinskas R.Y. Chronic pharyngitis and allergy // Journal of Otorhinolaryngology. – 1969. – № 3. – S. 52–57.

Мирзоева Евгения Залимовна (контактное лицо) – аспирант кафедры оториноларингологии ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России. Тел. 8-903-631-40-83; e-mail: mez4083@mail.ru.

УДК 614.253:340.6

В.С. Челноков, Е.В. Ильина

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

ГКУ Тверской области «БСМЭ»

Разбираются этико-юридические аспекты деятельности врача, в том числе на основе анализа судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» в Тверской области за 2013 год.

Ключевые слова: *судебно-медицинская экспертиза, врачебные ошибки.*

FORENSIC ASPECTS IN EVALUATION OF HEALTH WORKERS PRACTICE

V.S. Chelnokov, E.V. Ilina

Forensic examination bureau of Tver Region

Ethical and legal aspects in doctor's practice are presented, including on the basis of the analysis of forensic examinations on "medical cases" in Tver region in 2013.

Key words: *forensic medical expertise, doctor's mistakes.*

При обращении в медицинское учреждение пациент надеется получить квалифицированную помощь в полном объеме и на современном уровне. Однако его ожидания не всегда оправдываются, что может привести к конфликту между больным или его родственниками и врачом. Нередко подобный конфликт разрешается в судебных инстанциях.

Количество жалоб и претензий ежегодно увеличивается, что связано с внедрением в медицинскую практику рыночных отношений, ростом правовой грамотности населения, появлением новых документов, регламентирующих право и порядок возмещения вреда, причиненного при оказании медицинской услуги и т. д. Все это ведет к повышению числа судебно-медицинских экспертиз по поводу ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Несомненно, любой врач должен иметь представление об этических нормах и законодательных актах, предусматривающих ответственность за невыполнение либо ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей, так как незнание законов не освобождает от ответственности за их нарушение.

Правовая информированность играет профилактическую роль, помогая врачу правильно ориентироваться в сложных жизненных ситуациях. Знание врачом своих прав и обязанностей, прав пациента, этических и юридических основ взаимоотношений врача и больного, врача с коллегами, юридической

ответственности за правонарушения обеспечивает соблюдение прав и законных интересов граждан в сфере здравоохранения, повышает качество медицинской помощи, обеспечивает профилактику конфликтов между медиками и пациентами.

Вместе с тем практика проведения судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» демонстрирует наличие нарушений и ошибок врачей, в том числе грубых, граничащих с преступным невежеством.

По данным Республиканского центра судебно-медицинских экспертиз, наиболее частыми причинами дефектов в работе врачей являются:

- 1) недостаточная квалификация медицинских работников;
- 2) неполноценное обследование больных;
- 3) невнимательное отношение к больным;
- 4) недостатки в организации лечебного процесса;
- 5) недооценка тяжести состояния больного.

С целью оказания реальной помощи врачам для их защиты от необоснованных претензий судебные медики на основании анализа обширного практического материала рекомендуют придерживаться следующих позиций.

1. Строгое соблюдение тактики лечения, его стандартов, клинических руководств, правил и инструкций.
2. Сохранение врачебной тайны.