

А.Л.Верткин, О.В.Зайратьянц, Е.И.Вовк, Ю.В.Фролова, О.Ю.Аристархова, М.И.Лукашов

## Клинико-морфологические сопоставления как компонент совершенствования врачебного мастерства

Кафедры клинической фармакологии и фармакотерапии, патологической анатомии МГМСУ, г. Москва

A.L.Verktin, O.V.Zayratyants, E.I.Vovk, Yu.V.Frolova, O.Yu.Aristarkhova, M.I.Lukashov

## Clinical and morphological comparisons as a part of a physician's mastering

Последние десятилетия XX века ознаменовались двумя без преувеличения революционными явлениями в практике медицины: во-первых, благодаря развитию высокоточной рентгеновской и магнитно-резонансной компьютерной томографии произошло коренное улучшение диагностики заболеваний внутренних органов, во-вторых, бурное развитие единого информационного пространства Интернета и доказательной медицины (*evidence based medicine*) позволило сделать результаты наиболее масштабных и достоверных клинико-эпидемиологических исследований достоянием широкой врачебной аудитории. Одновременно стало очевидно и то, что при потенциальной доступности высоких медицинских технологий ни одна страна в мире не может финансировать здравоохранение так, как это было бы необходимо для обеспечения высокого качества общедоступной медицинской помощи. Стремление сохранить высокий уровень социальной защиты

населения привело к тому, что Всемирной организацией здравоохранения была сформулирована Концепция рационального использования ресурсов и лекарственных средств, декларировавшая доступность для больных тех медикаментов и в тех дозах, которые им показаны, на протяжении необходимого времени и по наименьшей стоимости для пациента и для общества.

Таким образом, необходимость внедрения в медицинскую практику международных и национальных стандартов, регламентирующих ведение пациентов с различными заболеваниями, стало требованием времени, стимулировало активную разработку согласительных рекомендаций по диагностике и лечению, что, в свою очередь, значительно модифицировало модель работы современного врача.

Разработка и внедрение клинических рекомендаций должны способствовать решению ряда задач практического здравоохранения:

Таблица 1

Частота (%) классов заболеваний по МКБ-10 – первоначальных причин смерти по результатам вскрытий умерших в стационарах взрослой сети лечебно-профилактических учреждений 3 мегаполисов РФ за 7 лет

Классы болезней по МКБ-10	Годы						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	3,5	3,5	3,7	3,4	3,7	4,3	4,3
Новообразования	11	13	18	13,4	13,2	12,9	13,4
Болезни крови, кроветворных органов и нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1	1	1	0,3	0,2	0,1	0,2
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	1	2	2	1,6	1,4	1,4	1,3
Психические расстройства	5	5	5	3,8	3,2	3,5	2,8
Болезни нервной системы	0,1	0,1	0,1	3,3	2,3	1,8	2,0
Болезни глаза и его придаточного аппарата	0,01	0,01	0,01	0	0	0	0
Болезни уха и сосцевидного отростка	0,02	0,02	0,01	0,08	0,08	0,05	0,1
Болезни системы кровообращения	66,5	63	61,8	52,3	54,7	54,7	54,5
Болезни органов дыхания	3	4	3	5,8	5,1	4,8	4,6
Болезни органов пищеварения	8	7	5	12	11,7	11,7	12,5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	0,1	0,1	0,06	0,4	0,4	0,4	0,4
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	0,1	0,1	0,06	0,5	0,4	0,4	0,5
Болезни мочеполовой системы	0,6	0,4	0,4	2,3	2,3	2,5	2,1

Таблица 2

*Летальность (%) при некоторых заболеваниях у умерших в стационарах 3 мегаполисов РФ за 2003–2006 гг.*

Классы МКБ-10	Показатель	Годы			
		2003	2004	2005	2006
IX	Нозологии из групп ИБС и ЦВБ:				
	Инфаркт миокарда	19,5	19,3	19,5	19,2
	Геморрагический инсульт	69,4	66,9	66,7	65,6
	Ишемический инфаркт головного мозга	27,2	27,4	26,6	26,0
X	Болезни органов дыхания	3,1	2,6	2,3	2,3
XI.	Болезни органов пищеварения	3	2,9	2,9	3,0
	Общая летальность	3,5	3,4	3,3	3,3

- 1) улучшить течение и исходы заболеваний;
- 2) уменьшить количество врачебных ошибок;
- 3) привести к стандартизации и преемственности медицинской помощи;
- 4) снизить затраты при сохранении высокого качества медицинской помощи.

Этот процесс уже привел к повсеместному улучшению диагностики, лечения и исходов бронхиальной астмы, артериальной гипертензии, язвенной болезни, остеопороза, заболеваний щитовидной железы и ряда других заболеваний. В то же время частота и исходы ряда важнейших патологий – внебольничной пневмонии, сердечной недостаточности, острых ишемических заболеваний сердца – существенно не изменились. Так, анализ первоначальных причин смерти по результатам вскрытий умерших в стационарах 3 мегаполисов РФ (табл. 1) показал, что на протяжении 7 лет сохраняется высокая летальность при болезнях системы кровообращения, растет число смертельных исходов при болезнях органов дыхания, пищеварения, мочеполовой системы. Стабильно высоким остается этот показатель при новообразованиях и некоторых инфекционных и паразитарных болезнях. Если говорить о конкретных заболеваниях, то, согласно приведенным в табл. 2 данным, сохраняется высокий и стабильный уровень летальности при инсультах, особенно геморрагических, инфаркте миокарда, осложненной язвенной болезни. Значительно возросла летальность при остром панкреатите.

Необходимо признать, что одной из причин сложившейся ситуации является низкая приверженность, особенно на этапе первичной медицинской помощи, известным клиническим рекомендациям, наиболее значимая в части своевременной диагностики и профилактики осложнений социально значимых заболеваний. Этот тезис прямо подтверждает тот факт, что во всех странах мира частота расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов при летальных исходах в течение многих лет существенно не меняется и составляет около 10 % случаев. Более того, во всем мире у 10–50 % умерших при аутопсии выявляются ятрогенные осложнения. Как видно из табл. 3, в крупных городах РФ среднегодовой показатель расхождений диагнозов стабильно сохраняется в пределах 15–17 %. При этом растет частота расхождений при болезнях крови, высоким остается этот показатель при новообразованиях, болезнях системы кровообращения, дыхания и пищеварения. Среди нозологий (табл. 4) не уменьшается процент расхождений при туберкулезе, сепсисе, некоторых локализациях рака, ишемического инсульта и др.

Традиционно считается, что среди основных причин столь частого расхождения прижизненного и посмертного диагнозов – объективная недоступность высокоинформативных и "затратных" методов инструментальной диагностики. Однако чаще это несоответствующая требованиям современной медицины профессиональная подготовка врачей и недостаток базовых знаний в сфере общей патологии.

Таблица 3

*Частота (%) расхождений диагнозов при различных классах заболеваний у умерших в стационарах 3 мегаполисов РФ за последние 7 лет*

Классы МКБ-10	Заболевания	Годы						
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
I	Инфекционные и паразитарные болезни	15	14	14	9	10,8	11	7,4
II	Новообразования	22	21	20	21	22,9	19,9	19,8
VI	Болезни нервной системы	14	14	15	11	5,8	6,5	8,8
VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата	–	–	–	–	–	–	–
IX	Болезни системы кровообращения	15	12	14	15	12,3	12,5	11,9
X	Болезни органов дыхания	29	21	21	19	17,4	13,7	16,9
XI	Болезни органов пищеварения	22	21	22	16	15,2	14,5	13,0
XIV	Болезни мочеполовой системы	31	28	28	26	21,1	21,4	22,4
	Всего (среднегодовой показатель)	16,2	16,2	17,3	15,2	16,8	16,2	16,3

При этом отсутствие теоретических знаний при наличии высокотехнологичных исследований, нередко приводит к полному отсутствию более или менее обоснованной у врача диагностической гипотезы.

Справедливости ради необходимо отметить, что на практике клиническая эффективность рекомендаций по лечению также ограничивается "рафинированностью" выборки больных, включенных в исследование, на базе которых эти рекомендации были сформулированы. Результаты контролируемых исследований часто нельзя перенести в реальную практику и применять у беременных и пациентов других "особых" групп, больных с сочетанной патологией, доля которых в возрасте старше 55 лет в нашей стране превышает 60 % [2]. Кроме того, в любой области медицины найдутся и противоречащие результаты доказательных исследований, вошедшие в рекомендации по лечению.

Главным условием успеха результативности клинических рекомендаций остается постановка верного диагноза. Если диагноз ошибочен (вследствие незнания или субъективной неверной трактовки данных), исход лечения становится случайным, несмотря на современное, длительное и затратное лечение. Следовательно, можно полагать, что успех лечения часто обусловлен знанием клинической патологии и вопрос, нужно ли учить практикующего врача диагностике, приобретает отнюдь не абстрактный смысл. К сожалению, существующие стандарты и клинические рекомендации в известной степени позволяют практиковать без глубокого знания и живой обратной связи между клинической патологией и медициной. Действительно, в клинике востребованность аутопсий как единственного метода выявления ошибок лечения непрерывно снижается.

По данным британских исследователей, около 50 % современных врачей считают, что аутопсии в

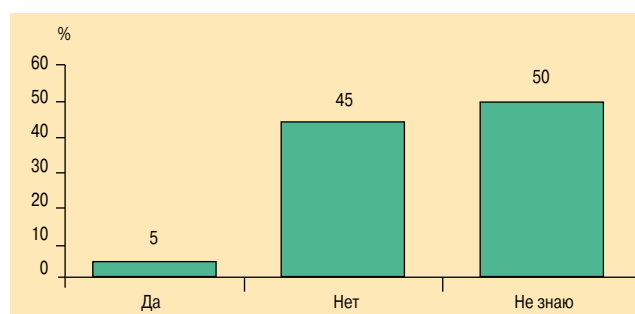


Рис. 1. Влияние результатов и знаний, полученных при аутопсии, на клиническую практику (результаты опроса)

целом потеряли значение для практики медицины, поскольку информативность лабораторных и инструментальных методов диагностики беспрецедентно выросла [3]. Интересно, что аутопсии как источник профессионального роста игнорируются молодыми врачами при том, что около половины из них в той или иной степени недовольны качеством своей профессиональной подготовки (рис. 1). К сожалению, невостребованность результатов морфологических исследований клиницистами усугубляется объективной глобальной тенденцией к уменьшению числа аутопсий по экономическим соображениям, в надежде оптимизировать расходы на здравоохранение. По мнению ряда британских специалистов, ослабление взаимосвязи между клинической патологией и медициной наносит большой урон квалификации молодых врачей, и этот процесс необходимо регулировать, поскольку в недалеком будущем он приведет к существенному снижению качества медицинской помощи [4] (рис. 2).

В России, напротив, несмотря на проблемы финансирования здравоохранения, руководителям кафедр патологической анатомии медицинских институтов в клинических больницах повсеместно удается

Таблица 4  
Частота (%) расхождений диагнозов при различных заболеваниях и их классах у умерших в стационарах 3 мегаполисов РФ за последние 7 лет

Классы МКБ-10	Заболевания	Годы						
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
I	Инфекционные и паразитарные болезни:	15	14	14	9	10,8	11	7,4
	туберкулез	20	18	20	8	9,8	13,6	7,5
	сепсис	38	30	28	26	84,3	36,4	34,1
	ВИЧ-инфекция	1	1	2	3	1,5	0,7	3,2
	гепатит вирусный	5	2	5	3	28,1	3,3	5,3
II	Новообразования	22	21	20	21	22,9	19,9	19,8
VI	Болезни нервной системы	14	14	15	11	5,8	6,5	8,8
IX	Болезни системы кровообращения	15	12	14	15	12,3	12,5	11,9
	Ишемическая болезнь сердца (все нозологии)	11	12	13	12	12,9	12,4	11,5
X	Болезни органов дыхания:	29	21	21	19	17,4	13,7	16,9
	пневмонии	23	21	18	20	20,3	13,8	17,9
	ХОБЛ	20	15	15	16	10,8	12,4	13,4
XI	Болезни органов пищеварения	22	21	22	16	15,2	14,5	13,0
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	11	13	11	10	8,1	7,8	11,2
XIV	Болезни мочеполовой системы	31	28	28	26	21,1	21,4	22,4
	Всего	16,2	16,2	17,3	15,2	16,8	16,2	16,3



Рис. 2. Оценка врачами со стажем работы не более 1-2 лет профессиональной подготовки по блоку клинических дисциплин

поддерживать высокий уровень посмертных патологоанатомических исследований. В частности, в Москве в 2000–2005 гг. доля вскрытий умерших в стационарах, имеющих патологоанатомические отделения, составляет около 70 %. По мнению ряда руководителей клиник, в России главной причиной отсутствия интереса клиницистов к результатам аутопсий является повсеместное разрушение традиции многопрофильных "университетских" клиник с их регулярными и зачастую слишком формализованными и неспешными клиническими разборами. В результате сегодня между современной, ориентированной на критерии GCP практической медициной и высокотехнологичной клинической патологией, развивающей "прижизненную" и ультратонкую морфологическую диагностику, имеется глубокий понятийный и терминологический разрыв.

Средством восстановления взаимосвязи между клинической патологией и практической медициной сегодня может стать повсеместное внедрение в практику клинико-патологоанатомических разборов с применением современных методов визуализации и подачи информации.

Результаты аутопсии нужно показывать, а не рассказывать о них; необходимо сопоставлять методы диагностики и лечения на всех этапах медицинской помощи; важно соотносить данные с национальными и международными клиническими рекомендациями и задействовать междисциплинарные подходы к диагностике и лечению заболеваний. Безусловно, система виртуальных клинико-анатомических сопоставлений и электронная библиотека летальных исходов будут наиболее востребованы в клиниках медицинских институтов, базирующихся в многопрофильных стационарах.

На практике одним из приемлемых в отношении затрат ресурсов и времени вариантов организации современных разборов оказались ежедневные виртуальные демонстрации случаев летального исхода с докладом о данных клинического исследования до аутопсии и сопоставлением клинического и морфологического диагнозов после вскрытия. Виртуальные клинико-анатомические сопоставления позво-

ляют практическому врачу расширить на практике, безопасно и эффективно применять клинические рекомендации и стандарты по диагностике и лечению, имеют огромный педагогический потенциал по внедрению методологии доказательной медицины, позволяют бороться с врачебными ошибками, позволяют оценить новые методы инструментальной диагностики и фармакотерапии.

В качестве примера приведем клинико-морфологическое сопоставление по тяжелой внебольничной пневмонии (ВП) в многопрофильном стационаре. ВП относится к наиболее распространенным острым инфекционным заболеваниям городского населения. По данным ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ, в 1999 г. в России среди лиц в возрасте 18 лет было зарегистрировано 440 049 [3, 9] случаев внебольничной пневмонии (ВП). Согласно другим источникам, заболеваемость ВП в России составляет 14–15 %, а общее количество ежегодно болеющих этим заболеванием превышает 1 500 000 человек [5, 6]. По данным ежегодных отчетов медицинской службы МО РФ, заболеваемость ВП у военнослужащих срочной службы в течение 2000–2003 гг. превышала 40 % [7]. Общая летальность при ВП варьирует в пределах 5–7 % [8]. Летальность при ВП у госпитализированных пациентов в странах Европы и США составляет 8–14 %. У лиц молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний летальность при ВП оказывается не более 1–3 % [8, 9]. У больных старших возрастных групп, пациентов с сопутствующими заболеваниями (хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), злокачественные новообразования, алкоголизм, сахарный диабет, заболевания почек и печени, сердечно-сосудистые заболевания), а также в случаях тяжелого течения пневмонии (мультилобарная инфильтрация, вторичная бактериемия, тахипноэ > 30 мин<sup>-1</sup>, гипотензия, острая почечная недостаточность) летальность достигает 15–30 % [5, 7].

В 2003 г. в нашей стране были опубликованы первые национальные рекомендации "Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике", подготовленные группой экспертов Российского респираторного общества, Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии и Альянса клинических химиотерапевтов и микробиологов.

Однако стандартизация подходов к диагностике и лечению далеко не всегда способствует улучшению исходов ВП. По данным Московского городского центра патологоанатомических исследований, частота пневмонии как первоначальной причины смерти в 2004–2006 гг. составила соответственно 2,7; 2,6 и 2,3 % от числа вскрытий. Среди заболеваний органов дыхания пневмония является самой частой причиной госпитальной смерти и остается недиагностированной в стационаре в 20 % случаев. В случае смерти дома пневмония не распознается уже в 48 % случаев. Частота пневмонии как смертельного осложнения при аутопсиях встречается в 7 % случаев.

Однако, если при госпитальной летальности частота недиагностированной пневмонии как летального осложнения составляет около 8 %, то при смерти дома она достигает 67 % [1].

Важнейшей причиной неблагоприятных исходов ВП часто считают нетипичное течение заболевания. Так, примерно у 25 % больных с ВП в возрасте старше 65 лет отсутствует лихорадка, а лейкоцитоз отмечается лишь у 50–70 % пациентов. При этом нередко клиническая симптоматика может быть представлена утомляемостью, слабостью, тошнотой, анорексией, болями в животе, нарушениями сознания. Такие характерные признаки ВП, как остролихорадочное начало, боли в груди особенно часто отсутствуют у ослабленных больных и лиц пожилого возраста. Таким образом, интерпретация клинических данных в пользу ВП и оценка ее исхода существенно зависят от таких факторов, как возраст, тяжесть заболевания, распространенность пневмонической инфильтрации, наличие и компенсация сопутствующих заболеваний. Наконец, в большинстве случаев ВП анализ клинико-рентгенологической картины не позволяет судить о вероятной этиологии, что приводит к назначению неадекватной антибактериальной терапии.

Значение этих факторов для течения и прогноза ВП было исследовано в рамках программы клинικο-морфологических сопоставлений. Был изучен 81 случай летального исхода больных нехирургического профиля, умерших в стационаре срочной медицинской помощи (СМП) в 2005–2006 гг. Во всех указанных случаях (12 % от всех летальных исходов больных нехирургического профиля) тяжелая ВП была верифицирована как основное заболевание или смертельное осложнение основного заболевания.

С клинико-морфологической точки зрения, летальная ВП оказалась неоднородной, что позволило выделить 5 достаточно типичных ее форм:

- 1) долевая на фоне хронической алкогольной интоксикации – 18 наблюдений (23 %);
- 2) очагово-сливная, в большинстве случаев – деструктивная, на фоне хронической алкогольной интоксикации – 13 наблюдений (16 %);
- 3) очагово-сливная у больных с острыми или хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями (инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, застойная сердечная недостаточность и др.) – 31 наблюдение (38 %), из них в 6 случаях (7 %) – одновременно с тромбозом легочной артерии;
- 4) долевая у больных с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями – 6 наблюдений (7 %), из них в 5 случаях (6 %) – на фоне сахарного диабета;
- 5) очагово-сливная у больных ХОБЛ – 10 наблюдений (12 %);
- 6) аспирационная или септическая у наркомана – 3 наблюдения (4 %).

Рассмотрим одну из типичных форм заболевания – долевую ВП на фоне хронической алкогольной интоксикации. Возраст больных не превышал

55 лет и составил  $45,8 \pm 9$  лет ( $M \pm SD$ ). Среди пациентов была только 1 женщина. Все больные были госпитализированы СМП на 4–9 сутки от начала заболевания. Все пациенты были госпитализированы через приемное отделение, из них 78 % – в отделение интенсивной терапии, 22 % – в терапевтическое отделение стационара. Несмотря на тяжелое состояние, в 10 из 14 случаев больным, госпитализированным в отделение интенсивной терапии, рентгенография органов грудной клетки была проведена в приемном отделении. Диагноз ВП на догоспитальном этапе был поставлен в 17 случаях из 18. У 1 пациента на догоспитальном этапе был диагностирован пиелонефрит. Судя по факту госпитализации, во всех случаях на догоспитальном этапе было выявлено тяжелое состояние больных и тяжелое течение ВП, однако в документах СМП (сопроводительный лист, карта вызова) полностью отсутствовала информация о симптомах и объективных признаках, послуживших основанием для диагноза, в том числе в амбулаторных учреждениях (табл. 3).

У 4 пациентов была фебрильная лихорадка и у 3 – гипотония. В приемном и лечебном отделениях стационара у 8 больных был диагностирован кашель с отделением мокроты в 4 случаях, у 15 – аускультативные признаки пневмонии и у 14 – одышка. В отделениях стационара лихорадка сохранялась соответственно у 9 (50 %) и 14 (82 %) пациентов. Отсутствие информации о бронхолегочных симптомах ВП на догоспитальном этапе свидетельствует либо о том, что заболевание было диагностировано на основании очень скудных данных (что маловероятно),

**Таблица 5**  
**Обоснованность диагноза у пациентов с ВП (n = 18)**

Критерии диагноза	СМП	Приемное отделение	Лечебное отделение (14 – реанимация, 4 – терапия)
<b>Бронхолегочные симптомы</b>			
кашель	0	8	10
выделение мокроты	0	4	4
одышка	0	14	16
боль в груди	0	0	9
лихорадка (> 38 °С)	4	9	18
влажные хрипы	0	15	15
<b>Внелегочные симптомы</b>			
гипотония	3	0	10
частота дыхательных движений > 30 в мин	0	0	4
нарушение сознания	0	1	0
<b>Рентгенологическое подтверждение пневмонии (рентгенография проведена 13 больным)</b>			
уплотнение ткани легкого левосторонняя (нижнедолевая)		13	
двухсторонняя полисегментарная инфильтрация		7	
билобарная инфильтрация		3	
<b>Лабораторное подтверждение пневмонии (проведено 16 больным)</b>			

либо выявленные симптомы ВП просто не были отражены в документации.

При обследовании в стационаре выяснилось, что в 45 % случаев появлению симптомов ВП предшествовало прекращение запоя, и больные обращались за скорой медицинской помощью на фоне синдрома отмены алкоголя. Характерно, что на догоспитальном этапе факт хронического злоупотребления алкоголем как предиктор неблагоприятного прогноза ВП не был отмечен ни у одного пациента. В приемном и лечебных отделениях стационара алкогольная поливисцеропатия была диагностирована в 8 случаях и в 1 — был поставлен диагноз острого отравления этанолом, у 3 больных в качестве сопутствующего заболевания была указана ХОБЛ.

У всех больных ВП протекала со стеническим характером реакции организма: с фебрильной лихорадкой и выраженным системным воспалительным ответом. Боль в грудной клетке при дыхании имела место у 50 %, одышка — у 89 % больных. Тяжелая дыхательная недостаточность при поступлении была у 22 % больных. В стационаре характерные клинические симптомы и объективные признаки ВП были во всех случаях в соответствии с национальными рекомендациями выявлены и отражены в историях болезни, однако на момент госпитализации тяжелая ВП была диагностирована у 10 из 18 впоследствии умерших больных.

При рентгенографии, которая была выполнена только 13 пациентам, во всех случаях было выявлено уплотнение легочной ткани и в 70 % случаев — признаки лобарной, билобарной или полисегментарной инфильтрации. У 22 % больных в течение первых 2 суток в стационаре развился острый респираторный дистресс-синдром, в 89 % — гипотония, во всех случаях двустороннего процесса по данным рентгенографии (33 %) было выявлено абсцедирование, а в 22 % — парапневмонический плеврит. В течение первых 3 суток 72 % больных умерли. Указаний на то, что антибактериальная терапия проводилась на догоспитальном этапе, ни в одном случае не было, в то же время 50 % пациентов в различных комбинациях получали анальгин, эуфиллин, антигистаминные и глюкокортикоидные препараты. Таким образом, во всех случаях эмпирическая антибактериальная терапия была начата в стационаре и на 1-2 суток позднее появления симптомов ВП. Во всех случаях антибактериальные препараты вводили парентерально: 10 больным проводилась терапия комбинацией ципрофлоксацина, метронидазола, ампициллина, 5 пациентам был назначен цефотаксим, ципрофлоксацин и метронидазол. Несмотря на почечную недостаточность, 2 больным был назначен цефазолин и метронидазол и 1 пациенту — ампициллин и гентамицин.

Таким образом, рекомендованную стандартами антибактериальную терапию выбора не получал ни один больной, более эффективная резервная схема была назначена только 5 (28 %) пациентам, однако и в этом случае она включала не рекомендуемый стандартами метронидазол.

### Клинический пример. Тяжелая двусторонняя долевая ВП у пациента с алкогольной поливисцеропатией

Больной А-в, 54 года, госпитализирован СМП в сопровождении жены, подтвердившей, что пациент хронически злоупотребляет алкоголем, с диагнозом правосторонней нижнедолевой пневмонии. В приемном отделении — жалобы на лихорадку, боль при дыхании в правом боку, сухой кашель. Жалобы появились около 2 дней назад, когда температура тела поднялась до 38 °С. Объективно состояние тяжелое, запаха алкоголя нет, сознание спутанное, лихорадка — 38 °С, гипотония (артериальное давление (АД) — 100 / 60, частота сердечных сокращений (ЧСС) — 120 в мин, тахипноэ — 24 в мин. При физикальном исследовании — нормальное питание, расширение подкожных вен передней брюшной стенки, над легкими — перкуторный звук от паравerteбральной до задней подмышечной линии ниже угла лопатки притуплен, при аускультации дыхание проводится во все отделы легких. С обеих сторон в нижних отделах жесткое дыхание, справа выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Печень увеличена. При рентгенографии легких выявлена инфильтрация в нижней доле правого легкого. Больной госпитализирован в отделение интенсивной терапии. В анализе крови Нб — 10<sup>6</sup> г/л, лейкоциты — 16 тыс./мкм, СОЭ — 43мм/ч, мочевины — 20,7 ммоль/л, креатинин — 310 мкмоль/л, билирубин — 49 мкмоль/л, SaO<sub>2</sub> — 87 %. Больному назначена антибактериальная терапия — ципрофлоксацин, метронидазол, ампициллин, ингаляции 30%-ной кислородной смеси; преднизолон в дозе 120 мг в сутки. Через 45 ч, несмотря на проводимое лечение, явления тяжелой дыхательной недостаточности сохранялись, и больной скончался. Патологоанатомический диагноз представлен в табл. 6.

Таблица 6  
Патологоанатомический диагноз пациента с тяжелой двусторонней долевой ВП и алкогольной поливисцеропатией

<b>Основное заболевание</b>
J 15.5. Двусторонняя крупозная (долевая) пневмония в стадии серого опеченения (при бактериологическом исследовании ткани легкого выделена <i>Escherichia coli</i> )
<b>Фоновое заболевание</b>
Хроническая алкогольная интоксикация: хронический алкогольный гепатит с выраженным стеатозом печени, энцефалопатия, хронический индуративный панкреатит
<b>Осложнения</b>
Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга
<b>Сопутствующие заболевания</b>
Множественные кисты почек. Камни желчного пузыря (рис. 3–9)

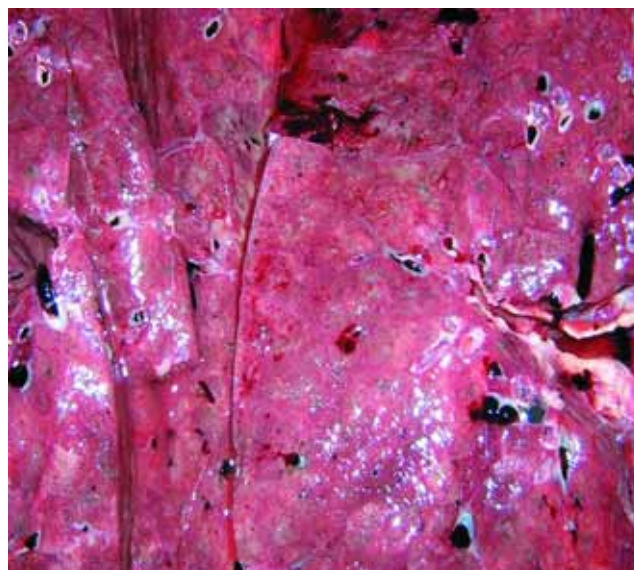


Рис. 3. Нижнедолевая крупозная пневмония в стадии серого опеченения

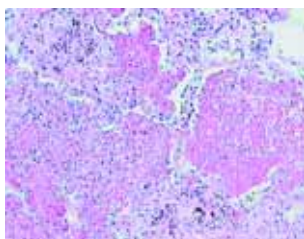


Рис. 4. Долевая пневмония. Лейкоцитарный экссудат с примесью фибрина в альвеолах. Окраска гематоксилином и эозином;  $\times 120$

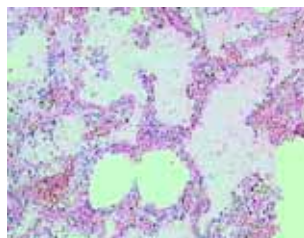


Рис. 5. Острое венозное полнокровие легких при долевой пневмонии. Окраска гематоксилином и эозином;  $\times 120$



Рис. 6. Хронический алкогольный гепатит с выраженным стеатозом печени

У больных с алкогольным циррозом печени долевая ВП часто осложняется развитием плеврального выпота или абсцедированием уже в первые дни заболевания. Так, в исследованной выборке парапневмони-

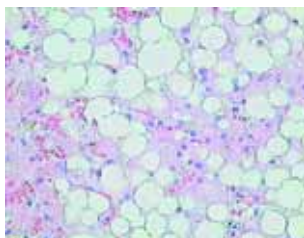


Рис. 7. Хронический алкогольный гепатит с выраженным стеатозом печени. Крупнокапельная жировая дистрофия гепатоцитов и лимфо-макрофагальная инфильтрация портальных трактов. Окраска гематоксилином и эозином;  $\times 400$



Рис. 8. Склероз мягких мозговых оболочек и умеренная атрофия больших полушарий (алкогольная энцефалопатия), острое венозное полнокровие и отек головного мозга

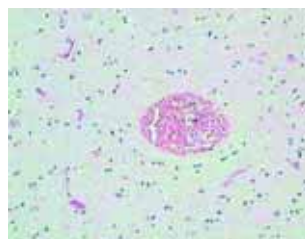


Рис. 9. Отек и острое венозное полнокровие головного мозга у больного с долевой пневмонией на фоне алкогольной поливисцеропатии. Окраска гематоксилином и эозином;  $\times 200$

ческий плеврит развивался в 22 % случаев, а абсцедирование было выявлено у 33 % больных. Высокая частота гнойно-деструктивных осложнений у больных с хронической алкогольной поливисцеропатией обусловлена значительно более высокой частотой инфицирования легких микроорганизмами из семейства *Enterobacteriaceae* и *Staphylococcus aureus*. Известно, что *Klebsiella pneumoniae* часто вызывает лобарное поражение легких с тенденцией к раннему образованию плеврального выпота и ранней деструкции легочной ткани. Для ВП, вызванной *Klebsiella pneumoniae*, также характерно бурное начало заболевания с продуктивным кашлем и высокой лихорадкой, выраженной интоксикацией, частым развитием септического шока и тяжелой дыхательной недостаточностью. В нашем исследовании при изучении легочной ткани *Klebsiella pneumoniae* была выделена в 22 % случаев, *Escherichia coli* – в 11 %, а смешанная флора – у 20 % умерших больных.

#### Клинический пример. Тяжелая ВП, осложненная септическим шоком и фибринозно-гнойным плевритом

Больной Ч-н, 28 лет, госпитализирован СМП в сопровождении родственников с диагнозом правостороннего плеврита. Со слов родственников, в анамнезе полинаркомания, в течение последних 3 лет злоупотребляет алкоголем, другие психоактивные вещества не употребляет. Предшествующие заболеванию 6 дней находился в запое. При обследовании в приемном отделении стационара выявлены жалобы на сухой кашель с сильной болью в правой половине грудной клетки и при дыхании, лихорадка до 38,5 °С. Считает себя больным около 3 суток, однако за медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимал анальгин, панadol. Объективно состояние тяжелое, запаха алкоголя нет, сознание спутанное, лихорадка – 38,3 °С, выраженная гиперемия кожи, тахипноэ – 26 мин<sup>-1</sup>, гипотония (АД – 100 / 60, ЧСС – 110 мин<sup>-1</sup>). Определяется выраженное притупление перкуторного звука над правым легким, дыхание резко ослаблено. Слева дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Печень увеличена на 2 см. Признаков портальной гипертензии нет. При рентгенографии легких в приемном отделении – правосторонняя пневмония, плеврит. Больной госпитализирован в отделение интенсивной терапии. В анализе крови Нb – 96 г/л, лейкоциты – 20 тыс/мкм, СОЭ – 36 мм/ч, мочевины – 48 ммоль/л, креатинин – 984 мкмоль/л, билирубин – 29 мкмоль/л, амилаза – 130 Е/л, SaO<sub>2</sub> – 87 %. Проведена консультация с центром отравлений Института скорой помощи: отравление не подтверждено, специализированная помощь не показана. Больному назначена антибактериальная терапия – цефотаксим, ципрофлоксацин и метронидазол, ингаляция 30%-ной кислородной смеси, преднизолон в дозе 240 мг в сутки, допмин. Через 40 ч, несмотря на проводимое лечение, больной скончался, явления тяжелой интоксикации и септического шока сохранялись. На вскрытие направлен с клиническим диагнозом: "Сепсис. Полинаркомания. Алкогольная поливисцеропатия. Токсический гепатит, токсическая энцефалопатия. Правосторонняя пневмония с плевритом. Острый панкреатит. Интоксикация тяжелой степени. Полиорганная недостаточность. Отек мозга". Патологоанатомический диагноз представлен в табл. 7.

**Таблица 7**  
**Патологоанатомический диагноз пациента с тяжелой ВП, осложненной септическим шоком и фибринозно-гнойным плевритом**

<b>Основное заболевание</b>
J 18.1. Правосторонняя билобарная пневмония ( <i>Klebsiella pneumoniae</i> ), фибринозно-гнойный плеврит справа (400 мл)
<b>Фоновое заболевание</b>
Хроническая алкогольная интоксикация: гепатоспленомегалия, кардиомиопатия (масса сердца – 420 г), хронический индуративный панкреатит, энцефалопатия
<b>Осложнения</b>
Дистрофия и малокровие (Hb – 96г/л) миокарда, печени, почек. Гиперазотемия: мочевина – 48–31 ммоль/л, креатинин – 984–761 мкмоль/л. Отек легких, оболочек и вещества головного мозга (рис. 10–14). При аутопсии признаки полинаркомании выявлены не были

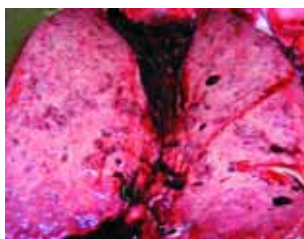


Рис. 10. Долевая пневмония в нижней доле правого легкого в стадии серого опеченения.

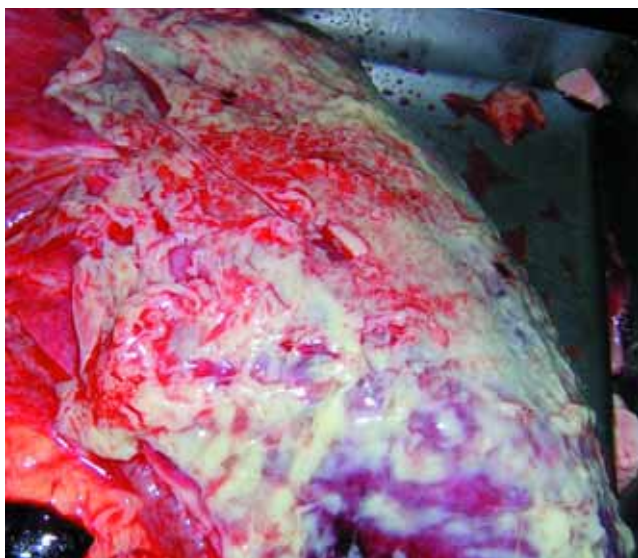


Рис. 11. Фибринозно-гнойный плеврит у больного с лобарной (долевой) пневмонией справа

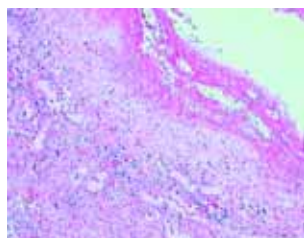


Рис. 12. Фибринозно-гнойный плеврит у больного с лобарной (долевой) пневмонией справа. Окраска гематоксилином и эозином;  $\times 120$

У больных с тяжелой хронической алкогольной интоксикацией и аспирацией содержимого полости рта во время алкогольных эксцессов с нарушением сознания ВП может привести к гангрене, чаще – верхней доли легкого.



Рис. 13. Долевая пневмония в нижней доле левого легкого у больного с алкогольным делирием

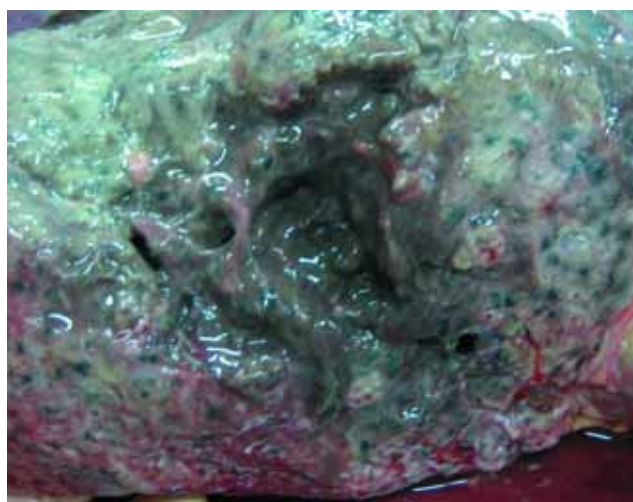


Рис. 14. Гангрена верхней доли левого легкого у больного с долевой пневмонией в нижней доле слева у больного с алкогольным делирием

Таким образом, долевая пневмония у больных с хронической алкогольной поливисцеропатией остается клинико-морфологической формой ВП с наиболее тяжелым течением и высоким риском летального исхода. В целом, такая ВП имеет типичную клиническую картину и может быть диагностирована уже на этапе СМП. Однако, несмотря на адекватную оценку тяжести, антибактериальная терапия пневмонии на догоспитальном этапе повсеместно не проводится. Кроме того, отсутствует алгоритм оценки неблагоприятного прогноза ВП на догоспитальном этапе. Это приводит к госпитализации всех больных с долевой ВП через приемное отделение, затягивая время начала антибактериального лечения до момента госпитализации больного в отделение интенсивной терапии или профильное отделение стационара.



## Литература

1. *Верткин А.Л.* Острая задержка мочеиспускания: алгоритм неотложной помощи. *Consilium medicum* 2005; 7 (7), consilium-medicum.com
2. *Mc Phee S.J., Bottles K.* Autopsy: moribund art or vital science? *Am. J. Med.* 1985; 78 (1): 107–113.
3. *Пальцев М.А., Денисов И.Н., Чекнев Б.М.* Высшая медицинская школа России и Болонский процесс. М.; 2004.
4. Внебольничная пневмония у взрослых / Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. М.: М-Вести; 2006.
5. *Навашин С.М., Чучалин А.Г., Белоусов Ю.Б. и др.* Антибактериальная терапия пневмоний у взрослых: Учеб.-метод. пособие для врачей. М.: РМ-Вести; 1998.
6. *Страчунский Л.С., Козлов С.Н.* Современная антимикробная химиотерапия: Руководство для врачей. М.: Боргес; 2002.
7. *Синопальников А.И.* Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике (пособие для врачей). *Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер.* 2003; 3: 198–224.
8. *Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н.* (ред.). Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. М.: Боргес; 2002
9. *Зайратьянц О.В.* Отчет о работе патолого-анатомической службы взрослой сети лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения г. Москвы, 2004–2006 гг. М.; 2006.

Поступила 21.05.07  
© Коллектив авторов, 2008  
**УДК 616.24-091**