



*А.Л. Черняев*

## Диагностические ошибки в пульмонологии

НИИ пульмонологии МЗ и СР РФ

*A.L. Chernyaev*

## Misdiagnosis in pulmonology

Распространенность патологии легких, включая респираторные вирусные инфекции, прочно удерживает 1-е место среди всех других заболеваний, а по смертности — 3-е место [1].

В литературе число работ, касающихся частоты выявления патологии легких на аутопсийном материале, не велико, чаще приводятся показатели летальности и смертности.

В то же время любой род человеческой деятельности всегда сопряжен с достаточным числом ошибок, однако врачебные ошибки всегда должны подвергаться тщательному анализу, поскольку от них зависят здоровье и жизнь пациента. Врачебные ошибки — род добросовестных заблуждений врача в его суждениях и действиях при исполнении им тех или иных специальных врачебных обязанностей [2]. С другой стороны, врачебной ошибкой нельзя считать заблуждения, основанные на медицинском невежестве, явной небрежности, преступной самодетельности и халатности [3].

Исходя из того, что без хорошей диагностики не может быть адекватного лечения, в настоящее время выделяют диагностические и лечебно-тактические врачебные ошибки. Браком в диагностике заболеваний считается расхождение заключительного поликлинического с клиническим, клинического (поликлинического) — с патологоанатомическим диагнозом. Различают гипердиагностику — распознавание болезни там, где ее нет, и гиподиагностику — невыявление болезни там, где она есть. Кроме того выделяют объективную и субъективную трудности диагностики. Диагностика в пульмонологии основывается на общеклинических и инструментально-лабораторных методах исследования. Считается, что правильно и тщательно собранный анамнез позволяет в 50 % наблюдений установить верный клинический диагноз, а само клиническое исследование — лишь в 30 % случаев. По данным *Г.Р.Рубинштейна* [4], диагностические ошибки в пульмонологии в Москве и Ленинграде составляли 40–50 %. По данным *Л.Г.Дукова, А.И.Борохова* [3], в Смоленске за период с 1975 по 1987 гг. они составили лишь 5,8 %. По нашим ранним данным, пневмония как основное заболевание в Москве (ГКБ № 57) не была диагностирована в 2,3 %, а как осложнение основного заболевания — в 32 % [5].

Частота лечебно-тактических ошибок в пульмонологии составила 52 % от всех назначений [6].

По данным *М.Н.Ломако и соавт.* [7], уровень гиподиагностики при разных видах патологии в легких колебался от 1,7 % (доброкачественные опухоли и кисты легких) до 21 % (очаговые пневмонии), а гипердиагностики — от 0,6 % (рак легкого) до 65,9 % (туберкулез легких).

Все приведенные данные по уровню клинической диагностики все-таки остаются немногочисленными, и в основном исследования проводились на относительно небольших выборках без применения автоматизированной системы учета анализа данных.

Целью настоящей статьи явилось сравнение данных литературы и собственных результатов при оценке уровня клинической диагностики в пульмонологии.

При анализе ошибок диагностики патологии легких в качестве основного заболевания, осложнений и сопутствующей патологии сведения достаточно мало численны. *W.M.Thurlbeck* [8] при анализе 2 000 аутопсий в Канадском госпитале обнаружил 17 % расхождений клинического и патологического диагнозов при патологии легких. Общее число не диагностированных заболеваний легких у лиц в возрасте 97–106 лет в клинике университета Триеста (Италия) достигло 28 % [9]. По нашим данным, при анализе 327 аутопсий, произведенных в ГКБ № 31 Москвы в 1993 г., доля неправильной диагностики патологии легких составила 18,4 % [10], в ГКБ № 57 (общее число аутопсий — 2 456 за 1990–1992 гг.) доля расхождений по основному заболеванию составила 3,4 % [11]. При анализе 54 774 аутопсий за период с 1993 по 1997 гг., произведенных в городском патологическом бюро Санкт-Петербурга, расхождения заключительного клинического, поликлинического и патологического диагнозов были обнаружены при болезнях органов дыхания в 39,9 % случаев.

Следует, однако, отметить, что в разных исследованиях либо учитывалась вся патология легких, обнаруженная на аутопсии, либо анализировалось только основное заболевание (внебольничная пневмония, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальная астма, туберкулез легких, рак легкого, диффузные паренхиматозные заболевания легких с известной или неизвестной этиологией). Поэтому

полученные показатели имеют значительный разброс, но в целом усредненный показатель по собственным и литературным данным составил 22,5 %. Разумеется, нужно учитывать, что эти данные касаются стационаров общего профиля, а не специализированных (пульмонологические отделения, туберкулезные больницы и диспансеры).

В значительно большем числе исследований, однако чаще на небольших выборках, оценивали уровень клинической диагностики при таких заболеваниях как пневмония (внебольничная и вторичная), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), ХОБЛ, туберкулез и рак легких. В связи с этим остановимся на расхождении клинического (поликлинического) и патологоанатомического диагноза по отдельным нозологическим формам легочной патологии, их осложнениям и болезням легких в виде сопутствующей патологии. При анализе учитывали гипо- и гипердиагностику заболеваний, а также объективные и субъективные изменения причины неправильной диагностики болезней органов дыхания.

## Пневмония

При ретроспективной оценке доли клинико-анатомических расхождений в госпиталях США при пневмониях было выявлено, что за период с 1912 по 1933 гг. этот показатель составил 26 %, с 1949 по 1965 гг. — 29 %, а за период с 1970 по 1980 гг. ошибок в диагностике бактериальных пневмоний не обнаружено [12]. По данным *I.S. Gross et al* [13], не диагностированные пневмонии при анализе 234 аутопсий за 14,5 лет составили 27 %. В Канаде этот показатель — 24 % [8], по данным *P. Bordin et al* [9], — 15,8 %. При анализе аутопсий в МОНИКИ им. Владимирского пневмония не диагностирована в 50 % наблюдений [14]. В целом гиподиагностика пневмоний в нашей стране колеблется от 2,2 % до 30,5 % [3, 15, 16]. Расхождение поликлинических и патологоанатомических диагнозов при пневмониях достигает 23,6 % [17]. По данным *А.А. Крылова и соавт.* [18], в поликлиниках Москвы в 1-й день обращения пневмония диагностирована в 38,5–41,5 %, по данным *Е.Я. Северовой* [19], после 5 суток — у 33,5 %, через 10 суток — у 17 % [20]. При этом все авторы отмечают, что причинами неправильной диагностики являются позднее обращение пациентов за медицинской помощью, стереотипность постановки диагноза ОРВИ, отсутствие качественного и своевременного рентгенологического исследования органов грудной клетки.

Исходя из собственных исследований, мы выявили, что за период 1990–1992 гг. в ГКБ № 57 пневмония не была диагностирована в качестве основного заболевания в 3,4 %, из всех видов осложнений — в 9,9 %, и в 25 % — среди всех легочных осложнений [11]. По данным ГКБ № 31 за 1993 г., внебольничная пневмония не диагностирована в 40 % наблюдений, а как осложнение — в 30,5 % случаев. Исследование,

проведенное в НИИ пульмонологии МЗ и СР РФ за период с 1989 по 1994 гг., выявило, что внебольничная пневмония не обнаружена в 2,3 % случаев от общего числа пневмоний при аутопсии, в то время как в качестве осложнений этот показатель составил 32 % [5]. По данным *И.А. Черемисиной* [21], в Санкт-Петербурге при анализе значительного общего числа аутопсий (54 774) в стационаре пневмония не была диагностирована в качестве основного заболевания в 10,5 %, а в 19,8 % наблюдений были недооценены ее объем, характер и тяжесть течения, при этом в 67,6 % из общего числа расхождений приходится на первые трое суток пребывания в стационаре. Среди умерших дома диагноз внебольничная пневмония впервые был поставлен на аутопсии в 87 % случаев, причем 63,8 % больных не наблюдались врачами поликлиники, а тем, кто наблюдался, диагноз не был поставлен в 70,8 %. При анализе качества диагностики вторичных пневмоний (осложнение основного заболевания) в стационаре она не поставлена в клинике в 27,3 % (рис. 1).

Особый интерес представляла диагностика пневмоний у больных с ХОБЛ в стационаре, которые были расценены как обострение воспалительного процесса. Пневмония при ХОБЛ была обнаружена в 70,9 % наблюдений, но ее не выявили в 34,7 % случаев. У умерших дома такая пневмония не была распознана в 89 % наблюдений, причем 39 % не обращались за медицинской помощью, но и среди наблюдавшихся врачами поликлиники она не была выявлена в 82,1 % случаев. Представляется важным, что пневмония при ХОБЛ встречается довольно часто, но уровень ее диагностики наиболее низок среди всех видов пневмоний, выявленных на аутопсии.

По данным литературы, остается довольно высокой доля гипердиагностики пневмоний: по данным *Л.Г. Дукова, А.И. Борохова* [3], у 36,6 % госпитализированных пациентов пневмония, диагностированная

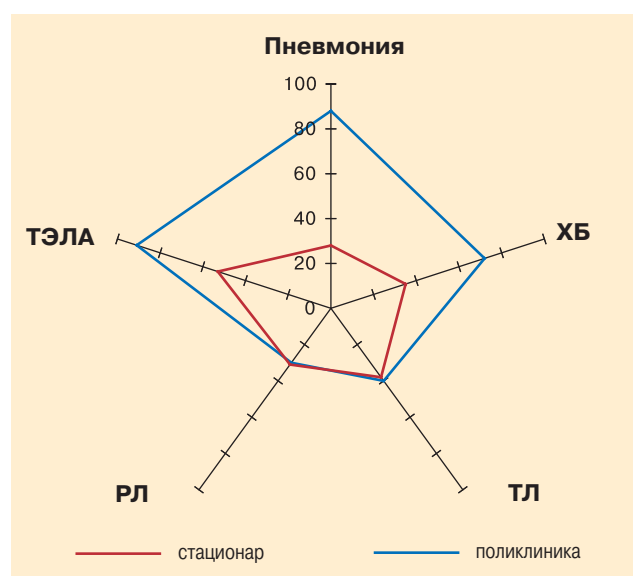


Рис. 1. Частота прижизненно нераспознанных заболеваний органов дыхания

ная на догоспитальном этапе, в стационаре не подтвердилась, чаще это происходит в период эпидемий гриппа [27]. Велика гиподиагностика пневмоний у больных старше 60 лет с кардиосклерозом и инфарктами миокарда [22].

По данным *А.Н.Манжосова и соавт.* [23], при госпитализации в Курске бригадами скорой помощи гипердиагностика пневмоний обнаружена за период 1997–2001 гг. в 35 % наблюдений. По данным *Л.О.Багровой и соавт.* [24], этот показатель на догоспитальном этапе составил 40,4 %. В доступной нам зарубежной литературе показатели гипердиагностики пневмоний обнаружить не удалось.

По нашим данным, за период 1990–1992 гг. в ГКБ № 57 г. Москвы гипердиагностика пневмоний составила 46,2 % от всех видов осложнений и 63,8 % — от всех легочных осложнений [11]. За период с 1989 по 1994 гг. уровень гипердиагностики в том же стационаре был равен 62,6 %, причем по субъективным причинам неправильной диагностики — в 70 % наблюдений [5]. При анализе протоколов аутопсий в ГКБ № 31 Москвы доля гипердиагностики пневмоний, в основном в виде осложнений основного заболевания, составила 55 % [25]. По данным *И.А.Черемисиной* [21], доля гипердиагностики пневмоний в стационарах обнаружена в 41 %, а среди умерших дома — в 38,1 % случаев, что сопоставимо с приведенными выше данными других авторов (рис. 2).

При анализе причин неправильной диагностики выделяют объективные (тяжесть состояния больного, кратковременность пребывания в стационаре, атипичное течение заболевания) и субъективные (недооценка анамнеза болезни, недообследованность больного, недооценка или переоценка лабораторно-инструментальных показателей и мнения консультанта, неправильная трактовка клинической картины, неправильная формулировка заключительного клинического диагноза, утрата интереса врача к больному старше 60 лет) причины неправильной диагностики. По данным *П.М.Котлярова* [26], к объективным причинам неправильной диагностики следует относить рентгеногегативные пневмонии, составляющие около 20 %. В 25 % наблюдений причиной гипо- и гипердиагностики считается неправильная трактовка рентгеноскопии и рентгенографии легких [27].

По нашим данным, среди субъективных причин неправильной диагностики пневмоний преобладают следующие: отсутствие рентгенографии легких (22,4 % при гиподиагностике и 23,3 при гипердиагностике), недостаточность обследования (15,6 %), неправильная трактовка клинической картины болезни (10,3 %). Среди объективных причин преобладает тяжелое состояние больного (24,2 %) [5]. В исследовании *И.А.Черемисиной* [21] в Санкт-Петербурге среди всех причин гипо- и гипердиагностики пневмоний преобладали объективные причины: в стационарах они обнаружены в 71,4 %, в поликлиниках — в 59,7 % случаев. Причем среди субъективных при-

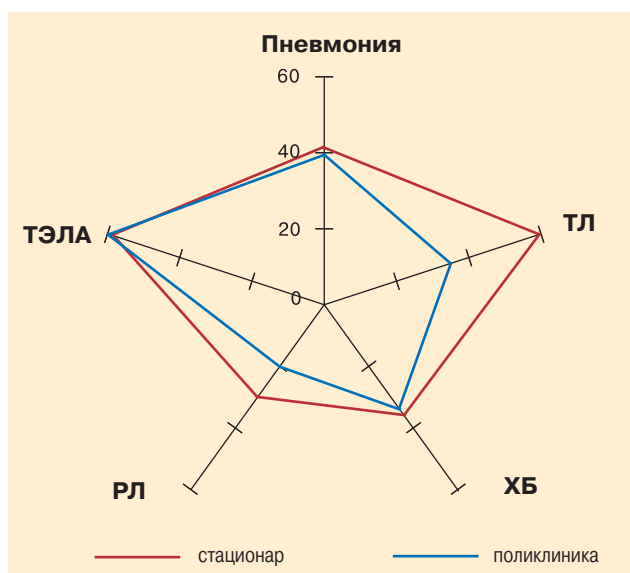


Рис. 2. Частота клинически установленных заболеваний органов дыхания, не подтвержденных на аутопсии

чин гипо- и гипердиагностики 25 % приходится на неправильную трактовку или отсутствие рентгенологического исследования легких. По всей видимости, различия в соотношении объективных и субъективных причин неправильной диагностики в Москве и Санкт-Петербурге связаны с более поздним обращением в стационар больных и их более тяжелым состоянием в Санкт-Петербурге.

### Хроническая обструктивная болезнь легких и хронический бронхит

Из-за терминологических трудностей формулировки патологоанатомических диагнозов хронического бронхита (ХБ) оценка качества диагностики несколько затруднена. В качестве основного диагноза, как правило, используются термины "хронический обструктивный бронхит" и "ХОБЛ", а в качестве сопутствующей патологии болезнь обозначается как "ХБ". В доступной нам отечественной и зарубежной литературе встречаются лишь единичные работы, касающиеся качества клинической диагностики ХОБЛ. Так, по данным *В.А.Хоружая и соавт.* [28], расхождения клинического и патологического диагнозов при ХБ составляют 17 %, при этом указывается, что субъективные причины неправильной диагностики выявлены в 71 % наблюдений. О высоком уровне гиподиагностики ХБ упоминается в работах *А.Г.Дукова, А.И.Борохова* [29] и *В.Л.Коваленко и соавт.* [30]. Первые два автора на основании анализа 215 протоколов аутопсий и историй болезни указывают на 16 % ошибочных клинических диагнозов.

По данным анализа 327 аутопсий в ГКБ № 31, неправильная клиническая гиподиагностика ХОБЛ выявлена в 12,5 % [31], причем большая часть ошибок связана с такими субъективными причинами как недооценка или переоценка рентгенологической картины, а также недостаточность обследования

больного. Было также установлено, что гипердиагностика в 81 % наблюдений связана с необоснованной постановкой диагноза пневмосклероз и эмфизема легких на основании только рентгенографии легких, при указании их в качестве сопутствующих заболеваний.

Согласно нашим данным по Санкт-Петербургу, ХОБЛ в качестве основного заболевания у умерших в стационаре не была диагностирована в 24,9 % наблюдений, а ХБ как сопутствующая патология — в 41,9 % случаев (рис. 1). Среди всех умерших дома этот показатель составил 82,3 %, в группе находившихся под наблюдением врачей поликлиники значение этого показателя было ненамного ниже — 54,9 %, а у не наблюдавшихся в последние 6 мес. перед смертью — 70,7 %. В этом же исследовании частота гипердиагностики у умерших в стационаре составила 36,9 %, а в условиях амбулаторно-поликлинической сети — в 33 % наблюдений (рис. 2).

При анализе причин неправильной диагностики в стационаре и амбулаторно-поликлинической сети преобладали субъективные причины (58,7 % и 79,2 % соответственно). Среди субъективных причин преобладали недооценка клинической картины (41,8 % и 42,7 % соответственно), недостаточное обследование больных (16,9 и 36,5 %). Объективные причины неправильной диагностики составили 41,3 % и 20,8 % соответственно [21].

Проведенный анализ показал, что недостаточен объем исследований по оценке качества диагностики при ХОБЛ за рубежом и в России. Уровень диагностики при этой патологии остается крайне низким. В качестве сопутствующей патологии в клинике чаще указывается пневмосклероз и эмфизема легких, что скорее связано с возрастной инволюцией легких, чем с ХБ. В то же время сопутствующему ХБ уделяется мало внимания, о чем свидетельствуют высокие доли гипо- и гипердиагностики в стационаре и особенно в амбулаторно-поликлинической сети.

## Тромбоэмболия легочной артерии

При клинической диагностике ТЭЛА существует ряд трудностей, связанных с неспецифическими симптомами и жалобами больных. С другой стороны, признается, что при рутинной аутопсии ТЭЛА диагностируется в 25–30 % наблюдений, тогда как при использовании фиксации всего легкого формалином с изготовлением срезов толщиной 1 см через все легкое с последующим обследованием с помощью лупы. ТЭЛА обнаруживается в 51,7–60 % наблюдений [32, 33].

По данным *H. Uhland, L.M. Goldberg* [34], при жизни в клинике диагностируется 11–12 % ТЭЛА. Сканирование легких и ангиография легочной артерии увеличили долю диагностированных ТЭЛА примерно до 30 % [35]. Обобщенные данные последних лет указывают на то, что ТЭЛА диагностируется менее

чем в 70 % наблюдений, а гипердиагностика составляет 65 % [36]. По данным *A.B. Волкова* [37], частота гиподиагностики колеблется от 5,6 % до 9,5 %. По данным *Gross I.S. et al.* [13], этот показатель составил 39 %, по данным *P.Bordin et al.* [9], — 6,4 %. *О.В. Коровина, Г.В. Мыслицкая* [38] сообщают о 67 % гиподиагностики ТЭЛА.

Согласно нашим данным по ГКБ № 31, доля гиподиагностики составила 52,2 % [10], при анализе аутопсий в ГКБ № 57 доля нераспознанных ТЭЛА равнялась 18,7 % от всех недиагностированных легочных осложнений [25]. При этом доля гипердиагностики этого осложнения составила 42,5 % и 23,1 % соответственно в двух стационарах.

При исследовании 54 774 аутопсий (22 006 умерших в стационарах и 32 768 умерших дома), проведенных в Санкт-Петербурге, ТЭЛА была выявлена в 6,7 % всех аутопсий, явившись в 83,6 % непосредственной причиной смерти из числа обнаруженных на аутопсии. Уровень гиподиагностики в стационарах составил 52,6 %, а у умерших дома этот показатель был равен 91,5 % [21] (рис. 1). Гипердиагностика ТЭЛА в анализируемом материале составила 63,3 % и 63,6 % соответственно (рис. 2).

Среди причин неправильной диагностики во всех исследованиях преобладали объективные причины (кратковременность пребывания, объективная сложность диагностики), составившие 75 % и 80 % соответственно. Субъективные причины обнаружены в 23,5 % наблюдений и в основном связаны с неправильной оценкой клинической картины и данных ЭКГ (чаще всего вместо ТЭЛА ставился диагноз инфаркта миокарда).

Таким образом, диагностика ТЭЛА также остается на достаточно низком уровне в основном по объективным причинам.

## Рак легкого

В последнем десятилетии отмечается увеличение частоты рака легкого (РЛ) [39]. При этом, по данным *S.S. Devesa et al.* [40], уровень смертности от РЛ соответствует уровню заболеваемости. В то же время уровень клинической диагностики остается все еще низким. По данным *О.К. Хмельницкого, Н.М. Манцера* [41], за период 1967–1969 гг. в Санкт-Петербурге неправильная диагностика РЛ выявлена в 30,9 % случаев, по данным *В.А. Самсонова* [42], в том же городе уровень гиподиагностики в период 1981–1985 гг. несколько ниже — 20,1 %. В Хабаровске за период 1952–1961 гг. доля расхождений клинического и патологического диагнозов была равна 39,5 %, а в период 1967–1971 гг. снизилась до 31,6 % [43].

По данным *F.M. Carvalho et al.* [44], при анализе 910 аутопсий за период 1970–1982 гг. РЛ не был диагностирован в 263 наблюдениях, что составило 36 %.

По нашим данным, частота гиподиагностики РЛ на аутопсии в Санкт-Петербурге за период 1993–1997 гг. в стационаре общего профиля обнару-



жена в 29,3 %, а в амбулаторно-поликлинической сети — 30,2 % [21] (рис. 1). При этом во всех возрастных группах у женщин этот показатель составил 40,6 %, в то время как у мужчин — лишь 28,4 %. Ошибки диагностики связаны прежде всего с недостаточной онкологической настороженностью, особенно у лиц старше 60 лет, имеющих множественную сопутствующую патологию. У женщин к ошибочному диагнозу в ряде случаев приводила переоценка анамнестических данных при наличии перенесенного рака молочной железы. Частота объективных причин гиподиагностики выявлена в 55 % наблюдений. Среди субъективных причин гиподиагностики преобладали недостаточный объем обследования (23,9 %), недооценка клинических данных (19,4 %) и переоценка мнения консультанта (2,2 %). При этом в клинике в качестве основного заболевания ставилась ишемическая болезнь сердца (40,2 %), в поликлиниках — в 45,7 %, 2-е место занимали злокачественные опухоли другой локализации (29,9 % и 38,1 % соответственно), а также ХОБЛ — 16,6 % и 6,6 % соответственно.

При анализе гипердиагностики РЛ выявлено, что в стационарах она составила 30,3 %, а в поликлиниках — 19,9 % (рис. 2).

Уровень клинической диагностики РЛ колеблется в пределах 30 % с некоторым преобладанием объективных причин неправильной диагностики.

## Туберкулез легких

Увеличение распространенности туберкулеза привело к его росту в структуре внутрибольничной смертности, а отсутствие систематического демографического исследования легких у населения — к росту в структуре поликлинической смертности [45]. В США уровень гиподиагностики туберкулеза легких (ТЛ) составил 5,9 % [46]. Снижение числа аутопсий привело к тому, что доля недиагностированного туберкулеза может быть больше, чем число зарегистрированных расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов [47]. При сопоставлении клинических и анатомических диагнозов умерших от ТЛ в неспециализированных стационарах частота расхождений составила 56 %, что соответствует увеличению этого показателя за последние 30 лет почти вдвое, причем при отдельных формах туберкулеза уровень гиподиагностики достигает 80–100 % [48].

По данным *И.Ю.Бабаевой* [49], при анализе 228 умерших с диссеминированным ТЛ в г. Краснодаре был обнаружен уровень гиподиагностики 50,7 %. При этом у больных с преимущественно гематогенной диссеминацией в 50 % наблюдений был поставлен клинический диагноз пневмония, при лимфогенной диссеминации ошибочно поставленный диагноз пневмонии выявлен в 30,9 %.

По нашим данным за период 1993–1997 гг., в Санкт-Петербурге частота ТЛ составила 2 % от всех аутопсий, при этом обнаружено достоверное увеличение

частоты диссеминированного ТЛ с 17,9 % (в 1993 г.) до 29,9 % (в 1999 г.). При этом общая ежегодная частота ТЛ оставалась постоянной [21]. Причиной смерти были остро прогрессирующие формы туберкулеза. При этом в стационарах туберкулез на аутопсии впервые выявлен в 30 % наблюдений и в 82,6 % — у умерших дома, в то время как у наблюдавшихся в поликлинике он был более чем в 2 раза ниже и составил 39,8 % (рис. 1). В 52,5 % наблюдений причины гиподиагностики носили объективный характер (кратковременность пребывания в стационаре и тяжесть состояния больных). Среди субъективных причин неправильной диагностики чаще имели место недообследованность больных (37,5 %) и неправильная трактовка рентгенологической картины легких (25 %). В туберкулезной больнице уровень гиподиагностики был ничтожно мал и составил лишь 0,8 %. Чаще ТЛ не диагностирован в возрасте после 70 лет у женщин. Частота гипердиагностики ТЛ в неспециализированных стационарах выявлена в 61 % (рис. 2), а в специализированных — лишь в 8,9 %.

Исходя из проведенного анализа, следует констатировать, что низкий уровень неправильной диагностики высок в неспециализированных стационарах и в амбулаторно-поликлинической сети (относительно показателей специализированных туберкулезных диспансеров и больниц), что подтверждает необходимость специализированной помощи.

Ошибок в диагностике БА и диффузных паренхиматозных заболеваний легких в нашем материале и в доступной нам литературе практически не наблюдается.

## Заключение

Уровень клинической диагностики в условиях стационаров и амбулаторно-поликлинической сети по основным нозологическим формам болезней органов дыхания и по осложнениям в России и за рубежом остается достаточно низким. В значительном числе наблюдений среди причин неправильной клинической диагностики преобладают такие объективные причины как тяжелое состояние больных и кратковременное пребывание в стационаре, а в условиях поликлиники — позднее обращение за врачебной помощью. Среди субъективных причин неправильной диагностики болезней органов дыхания преобладают недообследованность больных, недоучет анамнеза заболевания, ошибки, связанные с рентгенологическим исследованием органов грудной клетки. Представляется, что улучшение клинической диагностики заболеваний органов дыхания возможно только за счет уменьшения доли субъективных причин неправильной диагностики.

## Литература

1. Чучалин А.Г. Белая книга пульмонологии. Россия 2003. М.; 2003.

2. Давыдовский И.В. Врачебные ошибки. Сов. мед. 1941; 3; 3–10.
3. Дуков Л.Г., Борохов А.И. Диагностические и лечебно-тактические ошибки в пульмонологии. М.: Медицина; 1988.
4. Рубинштейн Г.Р. Основные причины диагностических расхождений в клинике легочной патологии. Дифференциальная диагностика заболеваний легких. Л.: Медгиз; 1949; т.1.
5. Никонова Е.В. Частота встречаемости, качество диагностики, клиника, этиология пневмоний в многопрофильном стационаре: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 1997.
6. Ханин А.Л. Ошибки лекарственной терапии в условиях использования алгоритма "Пульмонология". В кн.: Математические модели и методы в медицине. Новосибирск; 1980. 104–112.
7. Ломако М.Н., Абрамовская А.К., Альхимович В.А. и др. Ошибки в диагностике туберкулеза и неспецифических заболеваний легких. Пробл. туб. 1983; 12: 17–20.
8. Thurlbeck W.V. Accuracy of clinical diagnosis in a Canadian teaching hospital. Can. Med. Assoc. J. 1981; 125 (5); 443–447.
9. Bordin P., Da Col P.G., Peruzzo P. et al. Causes of death and clinical diagnostic errors in extreme aged hospitalized people a retrospective clinical-necropsy survey. J. Gerontol. A: Biol. Sci. Med. Sci. 1999; 54 (11): M554–M559.
10. Михалева Л.И., Черняев А.Л. Клиническая и патологоанатомическая диагностика легочных осложнений в клинической больнице общего профиля. В кн.: Сборник резюме 5-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 1995. № 780.
11. Черняев А.Л., Осадчая В.В., Никонова Е.В. Ошибки диагностики патологии легких по результатам аутопсий. В кн.: Сборник резюме 5-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 1995. № 785.
12. Bowman H.E., Freeman C.W., Williams M.J. Diagnostic advances the value of the autopsy. Arch. Pathol. Lab. Med. 1984; 108 (4): 501–505.
13. Gross J.S., Neufeld R.R., Libow L.S. et al. Autopsy study of the elderly institutionalized patient. Review of 234 autopsies. Arch. Intern. Med. 1988; 148 (1): 173–176.
14. Чирва В.Г. Клинико-анатомический анализ острых пневмоний за 1976–1980 гг., В кн.: Сборник науч. трудов. Моск. мед. стоматологического ин-та. М.; 1982; вып. 6: 69–72.
15. Бакенова К.З., Еремина Т. И., Мамбетова Г.К. Анализ осложнений и причин смерти при острых пневмониях. В кн.: Сборник науч. трудов. Алма-Атинского мед. ин-та. Алма-Ата; 1991; вып. 10: 179–181.
16. Медников Б.Л. Первичная пневмония у лиц молодого возраста: Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1991.
17. Бабайцев А.В. Анализ диагностических ошибок у умерших дома поликлинических больных по данным патологоанатомических исследований. Арх. пат. 1991; 6: 49–52.
18. Крылов А.А., Боровой С.Г., Гуло Л.Ф. Острая пневмония в практике терапевтов поликлиник (актуальные вопросы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации). Тер. арх. 1984; 8: 61–66.
19. Северова Е.Я. Вопросы ранней диагностики острых пневмоний. Тер. арх. 1979; 1: 85–90.
20. Пермяков Н.К., Каверин Н.М., Мухина И.С. Сравнительная характеристика ошибок и трудностей диагностики острой пневмонии в догоспитальном периоде. Тер. арх. 1981; 10: 21–23.
21. Черемисина И.А. Частота патологии легких и уровень клинической диагностики в Санкт-Петербурге по данным аутопсий: Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2000.
22. Дворецкий Л.И. Пневмонии. Диагностика, лечение, геронтологические аспекты. Рус. мед. журн. 1996; 4 (11): 684–694.
23. Манжосова А.А., Школьникова С.А., Адлер Л.Е. и др. Анализ ошибок по госпитализации больных, доставленных бригадами скорой медицинской помощи в городские пульмонологические отделения (1997–2001). В кн.: Сборник резюме 12-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 2002. 207, № XXXVI.5.
24. Базрова Л.О., Просекова Т.Ю., Белых В.Н. Ошибки в диагностике пневмоний на догоспитальном этапе. В кн.: Сборник резюме 13-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 2003. 193, № XXXV.1.
25. Черняев А.Л., Михалева Л.М., Никонова Е.В. Ошибки диагностики при патологии легких по данным аутопсий. Пульмонология 1996; 2: 75–78.
26. Котляров П.М. Лучевая диагностика острых пневмоний. Materia Medica 1995; 3 [4 (8)]: 19–26.
27. Крылов А.А., Шацкая Е.Г. Анализ летальных исходов и пути улучшения диагностики и лечения острых пневмоний. Клини. мед. 1995; 2: 26–29.
28. Хоружая В.А., Иванов В.Б., Смелькова Е.Б., Семакова Е.И. Анализ качества диагностики неспецифических заболеваний легких в стационарах области по данным патологоанатомических вскрытий. В кн.: Сборник резюме 5-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 1995. № 783.
29. Дуков Л.Г., Борохов А.И. Диагностика и лечение болезней органов дыхания. 3-е изд. / Под ред. А.И. Борохова. Смоленск: Русич; 1996.
30. Коваленко В.Л., Кононов А.В., Казачков Е.Л., Полосухин В.В. Хронический бронхит: Патогенез, диагностика, клинико-анатомическая характеристика. Новосибирск: Изд-во СО РАМН; 1998. 3–13.
31. Черняев А.Л., Михалева Л.М. Клинико-морфологическая диагностика хронического бронхита, эмфиземы легких и пневмосклероза. В кн.: Сборник резюме 5-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 1995. № 784.
32. Morrell M.T., Dunnill M.S. The postmortem incidence of pulmonary embolism in hospital population. Br. J. Surg. 1968; 55: 347–352.
33. Havig O. Pulmonary thromboembolism. Acta Chir. Scand. 1977; 24 (suppl. 478): 48.
34. Uhland H., Goldberg I.M. Pulmonary embolism: a commonly missed entity. Dis. Chest 1964; 45: 533–536.
35. Goldhaber S.Z., Hennekens C.H. Time trends in hospital mortality and diagnosis of pulmonary embolism. Am. Heart J. 1982; 104: 305–306.
36. Котельников М.В. Тромбоэмболия легочной артерии — Современные подходы к диагностике и лечению: Метод. Рекомендации. М.; 2002.
37. Волков В.А. Тромбоэмболия малого и большого круга кровообращения (по материалам Латвийского республиканского патологоанатомического бюро за 1976–1983 гг.) Арх. пат. 1985; 12: 51–54.

38. *Коровина О.В., Мыслицкая Г.В.* Рецидивирующая ТЭЛА как проблема пульмонологии. В кн.: Сборник резюме 13-го Национального конгресса по болезням органов дыхания М.; 2003. 194, № XXXV.5.
39. *Мерабишвили В.М.* Злокачественные новообразования в Санкт-Петербурге. СПб.; 1996.
40. *Davesa S.S., Silverman D.T., Young J.L.* Cancer incidence and mortality trends among whites in the United States 1947–1984. *J. Natl Cancer Inst.* 1987; 79: 701–770.
41. *Хмельницкий О.К., Манизер Н.М.* Анализ материалов вскрытий умерших от опухолей в лечебных стационарах для взрослых г. Ленинграда за 1965–1969 гг. В кн.: Вопросы патологической анатомии: Научные труды ГИДУВа им. С.М. Кирова. Л.; 1971. 76–80.
42. *Самсонов В.А.* Опухоли и опухолеподобные поражения легких. Петрозаводск: Изд-во Петрозавод. ун-та; 1995.
43. *Мальцев Ю.А.* Ошибки диагностики рака легкого. В кн.: Научная конф. молодых ученых Хабаровского мед. ин-та. Хабаровск; 1973. 49–54.
44. *Carvalho F.M., Palomo V., Widmer M.R. et al.* Clinical diagnostic versus autopsy. *Bol. Ofic. Sanit. Panam;* 1991; 110 (3): 213–218.
45. *Соловьева И.П.* Дефекты диагностики туберкулеза легких в терапевтических клиниках. В кн.: Сборник резюме 5-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 1995. № 781.
46. *Bloch A.B., Rieder H.L., Kelly G.D. et al.* The epidemiology of tuberculosis in the United States; implications for diagnosis and treatment. *Chest Med.* 1989; 10 (3): 297–313.
47. Centers for Disease Control: Autopsy frequency — United States, 1980–1985. *Morbid. Mortal. Wkly Rep.* 1988; 37: 191–194.
48. *Берестова А.В., Соловьева И.П.* Туберкулез как нозокомиальная инфекция. В кн.: Тезисы 2-го Съезда Международного союза ассоциаций патологоанатомов. М.; 1999. 35–36.
49. *Бабаева И.Ю.* Диагностические ошибки при диссеминированном туберкулезе легких. В кн.: Сборник резюме 12-го Национального конгресса по болезням органов дыхания М.; 2002. 206, № XXXVI.2.

Поступила 06.04.05  
© Черняев А.Л., 2005  
УДК 616.24-07



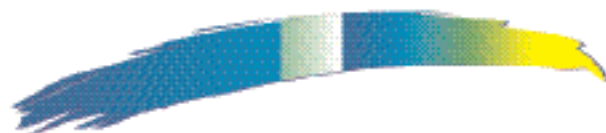
# Прималан®

НОВЫЙ НЕСЕДАТИВНЫЙ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ



**ОКАЗЫВАЕТ  
КОМПЛЕКСНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ  
НА АЛЛЕРГИЧЕСКУЮ РЕАКЦИЮ**

- Эффективно блокирует периферические H1-гистаминовые рецепторы
- Ингибирует дегрануляцию тучных клеток
- Оказывает легкий антихолинергический эффект



- **НАИБОЛЕЕ ПОЛНО КОНТРОЛИРУЕТ СИМПТОМЫ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ГИПЕРСЕКРЕЦИИ**
- **ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ БЫСТРОЙ НАСТУПЛЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА**
- **ПРЕКРАСНО КОНТРОЛИРУЕТ РИНОРЕЮ И ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ**
- **ЭФФЕКТИВНО УМЕНЬШАЕТ СЛЕЗОТЕЧЕНИЕ И ЗУД ВЕК ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ КОНЬЮНКТИВИТЕ**
- **ВЫЗЫВАЕТ МОЩНЫЙ ПРОТИВОЗУДНЫЙ ЭФФЕКТ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ КРАПИВНИЦЕ**
- **ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ УДОБСТВОМ ДОЗИРОВАНИЯ**



119048 Москва Усачева 33 стр. 1.  
Тел.: (095) 745 26 50  
Факс.: (095) 745 26 54

