

Критерии диагностики: характерные клинические и рентгенологические симптомы наличия выпота в плевральной полости.

Бронхиальная астма

Бронхиальная астма представляет собой заболевание, проявляющееся обратимой (полностью или частично) обструкцией бронхов, патогенетическую основу которого составляет аллергическое воспаление дыхательных путей и, в большинстве случаев, гиперреактивность бронхов. Оно характеризуется в типичных случаях периодическим возникновением приступов — нарушением проходимости бронхов в результате их спазма, отека слизистой оболочки и гиперсекреции слизи.

Бронхиальная астма может протекать также в виде астматического бронхита без типичных приступов, спастического кашля (в том числе ночного), астмы физического напряжения.

Критерии диагностики: приступы удушья, астматический статус, астматический бронхит, приступы спастического кашля, сопровождающиеся острым вздутием легких и затруднением выдоха. Рентгенологически во время приступа типично вздутие легких, на фоне которого нередко выявляется усиление бронхосудистого рисунка.

Выделяют атопическую и неатопическую формы бронхиальной астмы. В детском возрасте преобладает атопическая форма заболевания.

Периоды болезни: обострение, ремиссия. Провоцируют обострение, наряду с причинно-значимыми аллергенами, такие неспецифические факторы, как

респираторно-вирусная инфекция, загрязнение атмосферы и воздуха жилых помещений, физическая нагрузка, некоторые лекарственные средства, химические вещества (например, ацетилсалициловая кислота).

По тяжести бронхиальная астма делится на легкую, среднетяжелую и тяжелую. При оценке тяжести, наряду с критериями международного консенсуса (см. приложение), следует также учитывать состояние больного во внеприступном периоде, наличие функциональных изменений со стороны аппарата внешнего дыхания и сердечно-сосудистой системы.

Осложнения: ателектаз легкого, пневмоторакс, подкожная и медиастинальная эмфизема, легочное сердце², эмфизема легких².

В классификацию не включены такие формы патологии, как ателектаз, пневмоторакс, абсцесс и гангрена легкого, инфаркт легкого, отек легких, эмфизема и некоторые другие, обычно представляющие собой осложнения или проявления других заболеваний. Не рассматриваются также поражения легких при ряде системных и наследственных заболеваний, таких, как синдром Кортагенера, цилиарная дискинезия, иммунодефицитные состояния, муковисцидоз, поражения легких при системной красной волчанке, ревматоидном артрите, опухолях легких и плевры и др.

В рамках этой классификации, как любой другой, по мере накопления новых данных возможна дальнейшая углубленная характеристика клинических форм болезней легких у детей.

Материалы для публикации подготовлены проф. С. В. Рачинским, проф. В. К. Таточенко, проф. С. Ю. Кагановым (Москва)

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1996

УДК 616.24-091

А. Л. Черняев, Л. М. Михалева, Е. В. Никонова

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ АУТОПСИИ

НИИ пульмонологии МЗ и МП РФ, городская клиническая больница № 31, Москва

К настоящему времени сформировалось учение о профессиональных врачебных ошибках — врачебная эрология. Врачебные ошибки — это издержки, промахи, недочеты, упущения в организации медицинской помощи, в постановке и проведении лечебно-диагностического процесса [3, 6]. Единственно полноценным методом определения и изучения врачебных ошибок является клиничко-анатомический анализ, в котором патологи-

ческой анатомии принадлежит место. При оценке врачебных ошибок в патологической анатомии принято выделять объективные и субъективные причины неправильной диагностики, причем частота субъективных причин может достигать 94,7% [2]. К объективным причинам относят: тяжесть состояния больных, кратковременность пребывания в стационаре, ограниченные возможности медицины, редкость нозологи-

² При наличии данных осложненной необходимо исключить другие хронические обструктивные заболевания легких, являющиеся более частой причиной этих осложнений.

Таблица 1

Частота встречаемости патологии легких как основного заболевания

Нозологическая форма	Общее число аутопсий	Число расхождений диагнозов	% расхождений диагнозов
Плевропневмония	10	4	40,0
Хронический бронхит	8	1	12,5
Очагово-сливная пневмония	7	—	—
Опухоли легкого	7	—	—
Туберкулез легких	4	2	50,0
Бронхиальная астма	1	—	—
Грипп	1	—	—
Всего ...	38	7	18,4

ческих единиц, атипичное течение болезни. Среди субъективных причин принято выделять: отсутствие динамичного наблюдения за больными, снижение интереса клиницистов к больным старше 60 лет, недостаточное обследование пациентов, недоучет или переоценка данных анамнеза, рентгенологического и лабораторного исследования, мнения консультанта, а также небрежность, спешка и отсутствие системы в обследовании, неправильная трактовка клинической картины заболевания, неправильное построение заключительного клинического диагноза, недостаточная компетентность (полузнание) врача.

Известно, что патология легких в структуре заболеваемости и смертности выходит на 3—4-е место. При этом клиническая диагностика заболеваний легких все еще остается на достаточно низком уровне. Данные литературы о частоте и причинах неправильной диагностики патологии легких обрывочны и противоречивы. Так, частота неправильной диагностики пневмонии колеблется от 25 [1] до 49,4% [5], а тромбоэмболии легочной артерии — от 5,6 до 9,5% [4]. Данных о врачебных ошибках при диагностике сопутствующей патологии легких в литературе крайне мало [8].

Целью настоящего исследования явилось изучение врачебных ошибок в диагностике патологии легких

Таблица 2

Частота встречаемости легочных осложнений

Осложнения	Число больных	Недиагностированные	
		абс.	%
Пневмонии	95	29	30,5
ТЭЛА	46	24	52,2
Легочное сердце	9	6	66,7
Плеврит	7	3	42,9
Ателектаз легкого	5	5	100
Прочие	4	4	100
Всего ...	166	71	42,8

Таблица 3

Легочные осложнения при различных нозологических формах

Осложнения	Общее число аутопсий	Гипердиагностика	Гиподиагностика
Новообразования	46	20	25
Органов пищеварения	32	31	16
Органов дыхания	31	6	3
Органов кровообращения	29	16	12
Прочие	28	7	15
Всего ...	166	80	71

как основного, сопутствующего заболевания или осложнения. Анализ проводили по данным аутопсий, выполненных в патологоанатомическом отделении городской клинической больницы № 31 за 1993 г.

Были изучены материалы 327 аутопсий, проведенных в 1993 г.; из них в терапевтических отделениях — 108, в хирургических — 210, в остальных — 9. Патология легких как основное заболевание выявлена в 38 наблюдениях, что составило 11,6% (табл.1). Из них плевропневмония выявлена на аутопсии в 10 (26,4%) наблюдениях, а клинически этот диагноз не был установлен в 4 (40%) случаях. В 8 (21%) наблюдениях основным заболеванием был хронический диффузный бронхит. Расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов по этому заболеванию составили 12,5%. Кроме того, в двух из четырех наблюдениях не был установлен клинический диагноз туберкулеза легких. Таким образом, легочная патология в качестве основного заболевания не была выявлена в 7 наблюдениях, что составило 18,4%.

Причинами расхождения диагнозов в 5 (71,4%) случаях явились кратковременность пребывания в стационаре и тяжесть состояния, то есть объективные трудности диагностики. В двух наблюдениях (28,6%) причиной неправильной диагностики явилась переоценка клиницистами рентгенологической картины.

Патология легких как осложнение основного заболевания была выявлена в 166 наблюдениях из 327, что

Таблица 4

Время пребывания больного в стационаре при гипердиагностике легочных осложнений

Койко-дни	Хирургические отделения	%	Терапевтические отделения	%	Итого	%
1—3 сут	9	25,0	10	22,8	19	23,8
3,1—10 сут	9	25,0	6	13,6	15	18,7
Более 10 сут	14	38,9	26	59,1	40	50,0
Всего ...	36	100	44	100	80	100

Таблица 5

Время пребывания больного в стационаре при гиподиагностике легочных осложнений

Койко-дни	Хирургические отделения	%	Терапевтические отделения	%	Итого	%
До суток	0	0	1	4	1	1,4
1—3 сут	13	28,3	5	20	18	25,4
3,1—10 сут	15	32,6	7	28	22	31,0
Более 10 сут	18	39,1	12	48	30	42,2
Всего ...	46	100	25	100	71	100

составило 50,6%. Женщин было 64 (средний возраст $73,2 \pm 1,2$ года), мужчин — 102 (средний возраст $65,2 \pm 1,0$ года). Частота встречаемости легочных осложнений приведена в табл.2. Патология легких не выявлена в 71 наблюдении, или в 42,8% случаев. При этом частота встречаемости невыявленных легочных осложнений колебалась от 30,5 (пневмонии) до 100% (ателектаз легких). Вызывает тревогу высокий процент отсутствия правильной диагностики при пневмониях, тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) и легочном сердце, так как эти осложнения являются для больных чаще всего смертельными.

Гипердиагностика легочных осложнений наблюдалась в 80 историях болезни и составила 24,5% случаев. При этом чаще всего встречалась гипердиагностика пневмоний (в 44 наблюдениях, 55%), ТЭЛА (34, т.е. 42,5%) и плеврита (2, т.е. 2,5%). В клинических диагнозах, как правило, не был описан характер, вид, этиология, локализация и фаза пневмонии. В лучшем случае фигурировал диагноз "Гипостатическая пневмония". Практически во всех 44 наблюдениях диагноз пневмонии появлялся лишь в посмертном эпикризе, таким образом и антибактериальная терапия не назначалась. Диагноз ТЭЛА был установлен ошибочно преиму-

щественно в тех наблюдениях, когда на аутопсии обнаруживали ишемию или инфаркт миокарда и пневмонию. Причиной гипердиагностики ТЭЛА была переоценка результатов ЭКГ и/или рентгенологической картины.

Частота встречаемости гипо- и гипердиагностики легочных осложнений при различных нозологических формах представлены в табл.3. Важное значение при анализе показателей гипо- и гипердиагностики легочных осложнений приобретает установление времени пребывания больного в стационаре до момента смерти. Эти данные по терапевтическим и хирургическим отделениям приведены в табл.4 и 5. Вызывает беспокойство высокая частота гипо- и гипердиагностики легочных осложнений в хирургических и терапевтических отделениях при пребывании больного в стационаре более 10 сут. Причем в терапевтических отделениях этот процент выше, чем в хирургических.

При анализе диагностических ошибок (табл.6) было выявлено, что при гипо- и гипердиагностике легочных осложнений преобладают субъективные причины. Среди них наибольшая доля приходится на недооценку и переоценку рентгенологической картины. Следует также отметить достаточно высокую частоту гиподиагностики, связанную с недостаточным обследованием больных в стационаре.

При оценке диагностики заболеваний легких как сопутствующей патологии обращает внимание высокий процент гиподиагностики хронических бронхов, а также гипердиагностики пневмосклероза и эмфиземы легких (табл.7). Анализ показал, что диагноз пневмосклероза и эмфиземы часто не имеет ни клинического, ни рентгенологического подтверждения.

Обсуждая полученные результаты, следует отметить, что неправильная диагностика двух самых грозных легочных осложнений, таких как пневмонии и ТЭЛА, существенно не отличается от данных, приведенных в литературе [4,5,7—9]. Доля неправильной диагностики легочных осложнений для стационаров общего профиля все еще остается на достаточно высоком уровне.

Таблица 6

Причины отсутствия правильной диагностики (в %)

Причины	Гиподиагностика	Гипердиагностика
Объективные	43,6	48,7
Кратковременность пребывания	21,1	16,2
Тяжесть состояния	22,5	32,5
Субъективные	56,4	51,3
Переоценка данных рентгенографии	12,7	22,5
Недооценка данных рентгенографии	15,5	0
Недообследование больного	18,3	15,0
Неправильная трактовка клинической картины, лабораторных данных	9,9	13,8

Таблица 7

Ошибки в клинической диагностике сопутствующей патологии легких

Диагноз поставлен	ХБ	Пн+Э	ПтП	Всего
Клинически	98	114	7	219 (67%)
Патологоанатомически	114	63	9	186 (57%)
Гиподиагностика	16	—	2	18 (9,7%)
Гипердиагностика	—	51	—	51 (23,3%)

Примечание. ХБ — хронический бронхит, Пн — пневмосклероз, Э — эмфизема легких, ПтП — посттуберкулезный пневмосклероз.

Приведенное исследование выявило высокий процент ошибок в диагностике патологии легких, явившейся основным, сопутствующим заболеванием или осложнением при туберкулезе, хроническом бронхите, пневмонии, тромбоэмболии легочной артерии и легочном сердце. Обращает на себя внимание, что частота гипо- и гипердиагностики таких грозных смертельных осложнений, как пневмония и тромбоэмболия легочной артерии, остается высокой и колеблется в диапазоне от 30,5 до 55%. Среди причин неправильной диагностики преобладают субъективные, из которых особенно выделяются недостаточное обследование больного, переоценка или недооценка данных рентгенографии легких. Следует отметить, что частота ошибок в диагностике патологии легких возрастает по мере увеличения времени пребывания в стационаре.

1. Айзенштейн Ф.А., Корженевский Т.В. // Арх. пат.— 1992.— № 10.— С.40—45.
2. Бабайцев А.А. // Там же.— 1991.— № 6.— С.49—52.
3. Бойко Ю.Г., Силева Н.Ф. // Клинико-анатомический анализ врачебных ошибок.— Минск, 1994.— С.10.
4. Волков В.А. // Арх. пат.— 1985.— № 12.— С.51—54.
5. Глуховец Б.И., Кулябко И.Б., Левин Н.Ф. // Там же.— 1991.— № 11.— С.68—70.
6. Давыдовский И.В. // Сов. мед.— 1941.— № 3.— С.3—10.
7. Казанцева И.А., Канарейцева Т.Д., Свищев А.В., Бельская О.Б. // Арх. пат.— 1992.— № 4.— С.31—33.
8. Черняев А.Л., Михалева Л.М. // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 5-й: Сборник резюме.— М., 1995.— № 784.
9. Черняев А.Л., Осадчая В.В., Никонова Е.В. // Там же.— № 785.

Поступила 14.02.96.

Самооценка профессиональной подготовки врача-пульмонолога

Кафедра клинической гематологии и интенсивной терапии; кафедра клинической иммунологии и аллергологии факультета послевузовского профессионального образования ММА им.И.М.Сеченова.

№ 52

Какой патогенный эффект оказывает табачный дым на систему местной защиты легких?

- А. Угнетение фагоцитарной активности альвеолярных макрофагов
- Б. Уменьшение сульфгидрильных SH-групп в бронхиальном секрете
- В. Угнетение антипротеазной защиты
- Г. Угнетение активности арилсульфатазы в лимфоцитах БАЛЖ
- Д. Повышение содержания IgA в БАЛЖ

№ 53

60-летний больной, курильщик, длительно страдающий хроническим обструктивным бронхитом, обратился с жалобами на усиление кашля, увеличение количества отделяемой мокроты зеленовато-желтого цвета, повышение температуры до 37,5°C, слабость. Клинико-рентгенологических данных за пневмонию не выявлено. Отмечено снижение показателей ОФВ₁ (70% от должного), увеличение СОЭ до 37 мм/ч. Проведение бактериоскопического и микробиологического исследований мокроты не представляется возможным. При выборе антимикробного препарата в комплексном лечении больного наиболее оправдано назначение:

- А. Бензилпенициллина
- Б. Эритромицина
- В. Доксициклина
- Г. Цефаклора
- Д. Ципрофлоксацина

№ 54

Кто из французских ученых конца XVIII — первой половины XIX века описал эмфизему легких как самостоятельную форму среди легочных заболеваний?

- А. Ж.Корвизар
- Б. Р.Лаэннек
- В. А.Труссо
- Г. Ж.Шарко
- Д. А.Шоффар

№ 55

Основной этиологический фактор обострений бронхолегочной инфекции у больных муковисцидозом?

- А. *Str.pneumoniae*
- Б. *Mycoplasma pneumoniae*
- В. *Proteus vulgaris*
- Г. *Pseudomonas aeruginosa*
- Д. *E.coli*

№ 56.

Какое утверждение относительно развития туберкулеза в позднем возрасте правильно?

- А. Является результатом реактивации ранее перенесенной инфекции из первичных очагов.
- Б. Туберкулиновые кожные пробы при активном процессе всегда положительны
- В. Патологический процесс всегда локализуется в легочной ткани
- Г. При поражении легких часто имеется плевральный выпот
- Д. Не сочетается с периферическим раком легкого.