

В клинической практике значительная часть больных нуждается в проведении интенсивного наблюдения и применении методов интенсивной терапии.

В Институте пульмонологии сформировались две группы исследователей. Г.М.Сахарова и ее сотрудники проводят исследования по механизмам транспорта кислорода и его нарушениям при дыхательной недостаточности. Эта часть исследований позволила выработать более строгие критерии отбора больных, которым показана длительная терапия кислородом. Патофизиология дыхания исследуется З.Р.Айсановым и большой группой молодых ученых. Разработаны схемы функционального диагноза, в котором учитываются вентиляционные, диффузионные, эластические и мышечные способности органов дыхания. Цикл этих работ позволил другой группе ученых применить перспективные методы неинвазивной вентиляции при лечении больных с дыхательной недостаточностью.

Это сразу сказалось на выживаемости больных, оказались возможными продолжительные вентиляционные пособия не только в условиях стационара, но также и в домашних условиях. Неинвазивные вентиляции в настоящее время широко применяются при лечении синдрома ночного апноэ. В институте сделаны первые шаги в организации лаборатории сна, одного из перспективных направлений современной медицины.

Перспективные исследования следующего этапа связаны с генетическим разделом. Один из проектов связан с разработкой методов генной терапии муковисцидоза, который будет осуществляться группой ученых из Института генетики и клинической группой Института пульмонологии. Второй генетический проект относится к области ранней диагностики рака легкого, основанной на амплификации онкогенов.

Поступила 26.07.96.

Оригинальные исследования

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1996

УДК 616.24-002.07

Е.В.Никонова, А.Л.Черняев

УРОВЕНЬ ОШИБОК ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИЙ ПО ДАННЫМ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНЕЙ У УМЕРШИХ В СТАЦИОНАРЕ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ

НИИ пульмонологии МЗ РФ, Москва

ESTIMATION OF DIAGNOSTIC ERRORS OF PNEUMONIAS ON THE BASIS OF CASE HISTORIES IN GENERAL HOSPITAL

E.V.Nikonova, A.L.Chernjaev

S u m m a r y

The high level of errors in diagnosing pneumonia was revealed during analysis of 119 case histories in one of Moscow general hospitals. The reasons responsible for objective and subjective diagnostic errors were analysed. The mortality rate of community-acquired and nosocomial pneumonias was assessed and high percent of underdiagnosing of pneumonia as a complication of basic disease was found.

Р е з ю м е

На основании изучения 119 историй болезней в ГКБ № 57 была выявлена высокая частота ошибок диагностики пневмоний. Обсуждаются причины объективных и субъективных ошибок при диагностике пневмоний. Оценена летальность от пневмоний как основного заболевания и как осложнения другой патологии. Обнаружен высокий процент гиподиагностики пневмоний в качестве осложнения основного заболевания.

БИОПАРОКС®

ФУЗАФУНЖИН

ИНФЕКЦИИ
ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

*Уникальный ингаляционный препарат,
обладающий антимикробными
и противовоспалительными свойствами*

*4 пероральные ингаляции и
4 ингаляции через каждый
носовой ход
4 раза в день*

7 основных
показаний
к применению

синусит

ринит

фарингит

тонзиллит

ларингит

трахеит

бронхит

**МЕСТНОЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ
НА ВСЕХ УРОВНЯХ ДЫХАТЕЛЬНОГО ТРАКТА**



103109, Москва,
Газетный пер., 17/9
Тел.: (095) 234 3866
Факс: (095) 234 3299

Причины гиподиагностики пневмоний (36,2%)

| Объективные причины | (35,7%) |
|-----------------------------------------------|---------|
| 1. Кратковременность пребывания | 10,9% |
| 2. Тяжесть состояния | 24,8% |
| Субъективные причины | (64,3%) |
| 1. Рентгенологическая гиподиагностика | 16,1% |
| 2. Не проводили рентгенографию грудной клетки | 19,6% |
| 3. Недостаточное обследование | 13,6% |
| 4. Неправильная трактовка клинической картины | 15% |

Пневмония — это острое инфекционное заболевание нижних отделов дыхательных путей, подтвержденное рентгенологически и доминирующее во всей картине заболевания [4]. Она является наиболее частой патологией в стационарах общего профиля и представляет собой одну из часто встречающихся нозологий в структуре заболеваемости и смертности [3].

Несмотря на то, что современная пульмонология располагает эффективными методами лабораторной диагностики и лечения, свести до минимума диагностические и лечебно-тактические ошибки — достаточно трудная задача [1].

Правильная постановка диагноза пневмонии основана на алгоритме общеклинического обследования и анамнезе заболевания. По данным литературы, исчерпывающе собранный анамнез позволяет установить правильный диагноз в 50% случаев, тогда как комплекс других методов лишь в 30% случаев [2]. Большое значение для диагностики пневмоний имеют рентгенологические, бронхологические, клинико-лабораторные, биохимические, иммунологические, радионуклидные и функциональные методы исследования.

Использование все более эффективных методов топической, этиологической, патогенетической и функциональной диагностики болезней легких, в частности пневмоний, сокращает число диагностических ошибок [2].

Среди причин ошибок в диагностике пневмоний выделяют субъективные и объективные причины [4].

К субъективным причинам относятся:

- недостаточное внимание клинициста к пациентам старше 60 лет,
- небрежность и спешка в обследовании,
- нелогичное осмысление полученных результатов клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования, консультаций специалистов,
- отсутствие системы обследования и плохое владение методами обследования,
- игнорирование или неумелое использование анамнеза,
- неправильная или неполная формулировка окончательного диагноза.

К объективным причинам относятся:

- тяжесть состояния больного,
- отсутствие времени для правильной диагностики,
- атипичное течение болезни,
- ограничение возможностей медицины.

Целью настоящего исследования явилось изучение структуры ошибок диагностики пневмоний умерших больных по данным историй болезни в ГКБ № 57.

За 1992—1993 гг. было проанализировано 119 историй болезни умерших, у которых в клиническом и/или патологоанатомическом диагнозе фигурировала пневмония как основное или как осложнение основного заболевания.

В качестве основного заболевания пневмония в клинике и на аутопсии наблюдалась у 16 (13,4%) больных, явившись непосредственной причиной смерти. В одном наблюдении клинически диагноз не был поставлен по объективной причине (тяжесть состояния больного).

У 69 (58%) больных пневмония обнаружена только на аутопсии в качестве осложнения основного заболевания. Из них у 34 (49,3%) больных она явилась непосредственной причиной смерти. При этом у 25 (36,2%) из 69 больных пневмония в стационаре не была диагностирована. Причины гиподиагностики представлены в табл. Как видно из табл. субъективные причины неправильной диагностики преобладают над объективными.

В 34 (28,6%) наблюдениях из 119 пневмония была указана в клиническом диагнозе как осложнение основного заболевания, однако на аутопсии она не была выявлена, что было расценено как гипердиагностика.

Постановка диагноза по дням госпитализации: в 1-й день — 29,2%, на 2—3-й день — 9,5%, на 4—5-й день — 1,8%, позже 5 дней — 22,8%. Обнаружено, что в 29,3% больные были госпитализированы на 3—6-е сутки от начала заболевания, что затрудняло диагностику и адекватность терапии.

Следует отметить, что клинический диагноз пневмонии был подтвержден рентгенологически лишь в 22,4%, в то время как в 35,6% пневмония рентгенологически не диагностирована. Не проводилась рентгенография грудной клетки у 42% госпитализированных, причем в 1-е сутки их доля составила — 27,2%.

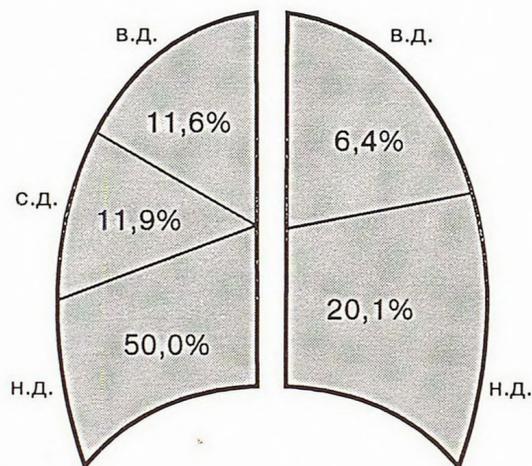


Рис. Частота встречаемости пневмоний по долям легкого.

н.д. — нижняя доля, с.д. — средняя доля, в.д. — верхняя доля.

С целью выявления этиологии пневмоний бактериологическое исследование мокроты было проведено лишь в 8,1% наблюдений. При бактериоскопическом исследовании мазков-отпечатков с поверхности разреза легких при аутопсии в 82% наблюдений выявлена ассоциация микроорганизмов, а в 18% один вид бактерий. Среди последних преобладали пневмококки, составившие 54,5%. Общий анализ крови, мочи был проведен в 79,7%, при этом в 13,3% его результаты не были учтены. У 20,3% эти анализы вообще не производились.

При патологоанатомическом исследовании умерших локализация пневмонических фокусов в 1—2 сегменте одного легкого обнаружена в 60,5%. Двусторонняя полисегментарная пневмония выявлена в 39,2%. В 35,4% пневмония была обнаружена в правом легком и в 25,4% в левом легком. Частота встречаемости пневмоний по долям легкого представлена на рисунке. Очаговая пневмония встретилась в 37%, очагово-сливная в 16%, сливная — в 37%, инфаркт-пневмония в 10%.

Был проведен анализ применения антибактериальной терапии в стационаре. Так, при установлении диагноза антибактериальная терапия назначена в 47,2%. Не назначены антибиотики в 32,2% (в одном наблюдении пневмония подтверждена на аутопсии, но антибиотики больному не были назначены). В 8,8% антибиотики были назначены, но пневмония не была диагностирована.

Больным были назначены антибиотики из группы пенициллинов — 72,8%, аминогликозидов — 17,3%, тетрациклинов — 0,7%, макролидов — 2,8%, рифампицинов — 0,7%, линкомицин, метроджил — 5,7%.

Анализ историй болезней умерших больных выявил, что уровень диагностики пневмоний в стационаре общего профиля все еще остается на достаточно низком уровне.

Объективными причинами неправильной диагностики, как правило, являются тяжелое состояние больных, атипичное течение заболевания. Однако среди всех причин неправильной диагностики преобладают субъективные, что требует дальнейшего совершенствования организации медицинской помощи и обучения врачей в рамках специализации по пульмонологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко Ю.Г., Силяева Н.Ф. Клинико-анатомический анализ врачебных ошибок. — М., 1994. — С.107.
2. Дуков Л.Г., Борохов А.И. Диагностические и лечебно-тактические ошибки в пульмонологии. — М.: Медицина, 1988.
3. Коваленко В.Л., Гениатуллин Р.У. Острая пневмония — клинико-патологоанатомические и патогенетические аспекты // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 4-й: Сборник резюме. — М., 1994. — С.725.
4. Черняев А.Л., Никонова Е.В. Заболеваемость, смертность и ошибки диагностики пневмоний // *Materia Medica*. — 1995. — № 4. — С.11—17.

Поступила 23.06.96.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1996

УДК 616.24—036.12—072.7

З.Р.Айсанов, Е.Н.Калманова

ПРОБЛЕМЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДИАГНОЗА И ЭРГОСПИРОМЕТРИЯ У БОЛЬНЫХ ХОЗЛ

НИИ пульмонологии МЗ РФ, Москва

THE PROBLEMS OF FUNCTIONAL DIAGNOSIS AND ERGOSPIROMETRY IN PATIENTS WITH COPD

Z.R.Aisanov, E.N.Kalmanova

S u m m a r y

Available now methods allowing to determine functional diagnosis of COPD do not take into consideration such important factors as patient's physical work capacity and metabolic response to it. However, these factors may help to assess functional status of patients with more accuracy and to reveal subtle mechanisms of limited physical work capacity. The impairments in all components of respiratory function (bronchial conductance, lung diffusing capacity, respiratory muscle function et al.) may not be evident during rest because of ventilatory reserves available to meet the physiologic demands of exercise.

The possibility of distinguishing different mechanisms of limited physical work capacity was demonstrated in our study included 186 patients with COPD. In spite of dependence of maximal exercise capacity on expiratory airway resistance it was shown that limited physical work capacity can not be explained only by the presence of bronchial obstruction, because mechanism of exercise limitation includes not only reduction of maximal ventilatory capacity at increasing in airway resistance, but also an increasing in ventilation level necessary for determined level