

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА<sup>1</sup>

*Е. В. Белогорская, Л. А. Кузнецова*

*Кафедра детских болезней (зав.— заслуж. деят. науки ТАССР проф. Е. В. Белогорская) Казанского ордена Трудового Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Известно, что причин ошибочного диагноза много. Они могут быть и объективными, что объясняется атипичностью течения болезни, сочетанием нескольких тяжелых заболеваний, казуистикой, несвоевременным обращением родителей за врачебной помощью даже при крайне тяжелом состоянии ребенка. Однако этих причин гораздо меньше, чем субъективных, которые зависят от врача, его квалификации, отношения к делу, умения обследовать больного. С. А. Гиляровский и К. Е. Тарасов (1965) считали, что «беда большинства врачей заключается не в том, что они недостаточно видят, ведь большинство ошибок происходит не вследствие незнания, а вследствие недосмотра и неправильного хода рассуждений». Как справедливо указывал М. С. Маслов, «учиться на ошибках — полезное и очень благодарное дело, и надо всячески поощрять и развивать его. Тогда то, что врач-педиатр приобретает большим опытом и стажем, может сделаться доступным молодому врачу с первых лет его практики» [2].

Нами проанализированы истории болезни 1640 детей, находившихся на стационарном лечении во 2-й детской клинической больнице г. Казани в 1982 г. Ошибочный диагноз выявлен у 348 (21,2%) больных. Наиболее часто расхождение диагноза наблюдалось при бронхолегочной патологии у детей. Так, в структуре диагностических ошибок они составили 86,2% (300 из 348), что связано в определенной степени с высокой распространенностью этих заболеваний у детей. Диагностические ошибки при других заболеваниях констатированы у 13,8% детей (48 из 348).

При анализе диагностических ошибок у детей с бронхолегочной патологией у 90,3% (у 271 из 300) отмечена гипердиагностика пневмонии и только у 9,7% (29) — гиподиагностика. С диагнозом пневмонии в стационар было направлено 372 ребенка, диагноз подтвердился лишь у 101 (27,1%). Таким образом, гипердиагностика пневмонии наблюдалась у 271 (72,9%) больного, что совпадает с данными других авторов [3].

Гипердиагностика ведет к тому, что дети получают необоснованно много медикаментов, особенно антибиотиков, и испытывают таким образом большую медикаментозную нагрузку. Не всегда показано им и рентгенологическое обследование. Далеко не во всех случаях необходима госпитализация, которая не исключает опасности суперинфекции в стационаре; увеличивается статистический показатель заболеваемости пневмонией, что определяет неточность всех остальных показателей.

Клиническая картина заболевания зависит, наряду с этиологией, и от возраста ребенка. Распределение детей по возрасту при гипердиагностике пневмонии было следующим: до 1 года — 43,5% (118), от 1 до 3 лет — 25,5% (69), от 3 до 7 — 21,0% (57), старше 7 лет — 10,0% (27). Таким образом, гипердиагностика пневмонии отмечалась чаще у детей раннего возраста (69,0%). 84,8% больных поступили в течение 1-й недели от начала заболевания.

Ошибки в диагностике у 36,8% больных можно объяснить объективными причинами, связанными со сходством клинической картины острой респираторной вирусной инфекции, осложненной бронхитом, с клещевой бронхопневмонией, а также с трудностями дифференциальной диагностики данных заболеваний без рентгенологического исследования. У этих детей наблюдались симптомы интоксикации, дыхательной недостаточности и физикальные изменения в легких в виде укорочения перкуторного звука в межлопаточной области, влажных хрипов среднего и мелкого калибра на фоне жесткого дыхания при отсутствии очаговых изменений в легких на рентгенограммах. Больным был поставлен диагноз ОРВИ, осложненной обструктивным бронхитом или бронхолитом. Однако у 174 (64,2%) детей гипердиагностика пневмонии объяснялась субъективными причинами: невнимательностью или некомпетентностью врача. У больных не было клиники пневмонии, в легких выслушивались лишь сухие или крупнопузырчатые влажные хрипы, обусловленные ОРВИ и бронхитом. Нередко у детей раннего возраста гипердиагностика пневмонии была связана, по-видимому, с выраженной интоксикацией за счет ОРВИ и желанием врача «подстраховать»

<sup>1</sup> Доложено на заседании общества детских врачей ТАССР 22/XII-1983 г.

себя. В отдельных случаях наблюдалась суперинфекция ОРВИ, которая сопровождалась длительным кашлем или повторным повышением температуры, что принималось врачом за признак пневмонии.

У ряда больных гипердиагностика пневмонии констатирована при аденовирусной инфекции: у детей на фоне длительной лихорадки имелся обструктивный синдром с одышкой, навязчивым кашлем, сухими и крупнопузырчатыми влажными хрипами.

Диагноз пневмонии не был поставлен на догоспитальном этапе 29 (9,7%) детям из 300. Врачом диагностированы бронхит, бронхит с астматическим компонентом, ОРЗ, ларингит, ОРЗ и миокардит, тонзиллогенная кардиопатия, холецистопатия и др. Дети до 3 лет составляли большинство (77,2%). Больные поступали в основном в ранние сроки от начала болезни. При анализе были выявлены следующие причины гиподиагностики: у 11 (37,9%) больных диагноз был труден в связи с малосимптомностью заболевания, атипичностью клинической картины. Пневмония у этих детей в условиях стационара была диагностирована, лишь после рентгенографии легких. У 18 (62,1%) больных диагноз пневмонии не был поставлен по субъективным причинам, в частности из-за недооценки тяжести состояния, невнимательности и некомпетентности врача.

Каковы же главные критерии диагностики пневмонии? Сравнительный анализ клиники заболевания у 228 больных с обструктивным бронхитом (137) и очаговой бронхопневмонией (91) показал, что при бронхопневмонии чаще (в 62%) наблюдается более выраженная интоксикация (гипертермия, вялость, беспокойство ребенка, рвота, плохой аппетит, симптомы сердечно-сосудистой недостаточности и др.). Продолжительность интоксикации при пневмонии была дольше (8,7 дня), чем при обструктивном бронхите (5,8 дня). Симптомы дыхательной недостаточности также встречались чаще и держались при пневмонии 6,5 дня (при бронхите — 3,2 дня). Бронхопневмония, в отличие от обструктивного бронхита, характеризуется наличием локального притупления перкуторного звука над определенным участком легкого, изменением дыхания и мелкопузырчатыми влажными хрипами в этой области. Одышка у ребенка без обструктивного синдрома наблюдается, как правило, при пневмонии.

Следует обратить внимание врачей на гиподиагностику острых респираторных вирусных заболеваний: не учитывается наличие катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей. Таким детям ставится диагноз бронхита, пневмонии, нередко их направляют в соматический стационар, а затем переводят в отделение для больных ОРВИ. В результате гиподиагностики детских инфекций имел место занос их в стационар по вине участковых врачей. У 4 детей первого года жизни не был распознан коклюш. Диагноз ОРЗ и пневмонии, который им был поставлен, объяснялся как объективными трудностями диагностики, так и недооценкой данных анамнеза (длительность болезни, наличие контакта, характер кашля и др.). В одном случае ребенок был направлен в продrome кори с диагнозом ОРЗ, в 2 — в продrome эпидемического гепатита также с диагнозом ОРЗ.

Диагностические ошибки при других заболеваниях констатированы у 48 детей. Эту группу составили больные с патологией сердечно-сосудистой системы, почек, с геморрагическими заболеваниями и др.

При гипердиагностике ревматизма недооценивались анамнез и характер поражения суставов. Длительная артралгия принималась за полиартрит, функциональный шум — за органический, не исследовалась кровь (СОЭ, сиаловые кислоты, С-РБ) у детей в догоспитальном периоде.

При гиподиагностике ревматизма (2 случая) неправильно определялся характер полиартрита (летучесть поражения суставов, отсутствие длительной деформации суставов), не придавалось серьезного значения наличию в семье больных ревматизмом. Таким детям дошкольного и школьного возраста ставился диагноз: хронический тонзиллит, инфекционно-аллергическая кардиопатия, ревматоидный полиартрит (при отсутствии деформации суставов и наличии артралгий).

У 4 детей 6—14 лет имела место гиподиагностика гломерулонефрита: острый гломерулонефрит был выявлен в стационаре. В их направительных диагнозах указаны грипп, кардиопатия, пневмония, гастрит, холестит. У этих детей были хронические очаги инфекции. Диагностика без данных анализов мочи была трудна. Однако были отмечены и случаи невнимательного отношения врача к больному. Так, при жалобах на боли в боку, наличии температуры и замутненности мочи у ребенка 6 лет был поставлен диагноз гриппа, а при выраженных катаральных явлениях со стороны дыхательных путей, обнаруженных у ребенка 2 лет 2 мес. — диагноз пиелонефрита. Клинический диагноз: ОРВИ, бронхопневмония очаговая, ДН<sub>1</sub>.

Затруднения в диагностике у участковых врачей и врачей службы скорой помощи вызывали геморрагические заболевания (у 5 детей). При болезни Верльгофа ставили диагноз геморрагического васкулита и, наоборот, при наличии последнего — болезнь Верльгофа, хотя клиника была типичной. Узловатая эритема также представляла трудности для диагностики. Больные (2) направлялись с диагнозами болезни Верльгофа и аллергической сыпи, что связано, возможно, с относительной редкостью этих заболеваний и недостаточным опытом отдельных врачей.

Расхождение диагнозов при кишечной инфекции было установлено у 7 детей в возрасте от 7 мес до 2,5 лет. На основании жалоб на температуру, беспокойство,

иногда судороги им были поставлены диагнозы ОРЗ и ОРВИ. Этим больных доставляли в 1—2-й день заболевания машиной скорой помощи. Однако при поступлении, а иногда через несколько часов у них обнаруживался жидкий стул и другие проявления кишечной инфекции. Следовательно, врачам приемных отделений необходимо обращать серьезное внимание, особенно в течение первых суток, на характер стула, наличие срыгиваний, рвоты и на другие симптомы кишечной инфекции.

Врачами участковой службы недостаточно учитываются сопутствующие заболевания у детей. В направлении диагноза у 85% из них не были отражены такие сопутствующие заболевания, как рахит, дистрофия, анемия, кариес зубов, хронический тонзиллит и др. Внимание врача сосредоточивается обычно только на острой патологии.

Таким образом, диагностические ошибки имеют чаще всего субъективный характер: в их основе лежит недостаточная компетентность врача, а в ряде случаев и нарушения принципов врачебной деонтологии, обусловленные невнимательностью, небрежностью. Максимальное уменьшение числа диагностических ошибок является существенным резервом повышения качества и эффективности лечебной работы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гиляровский С. А., Тарасов К. Е. В кн.: Методологические проблемы диагностики. М., 1965. — 2. Маслов М. С. Диагноз и прогноз детских заболеваний. Л., Медгиз, 1967. — 3. Таточенко В. К., Соколова А. Ф. и др. Педиатрия, 1981, 1.

Поступила 12 марта 1984 г.

УДК 616.24—002.5—005.1—039.73

## ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

*Л. Б. Худзик*

*Кафедра туберкулеза (зав.— проф. З. Л. Шульгина) Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института*

За последние десятилетия в лечении туберкулеза достигнуты значительные успехи, но легочные кровотечения и кровохарканье все еще остаются его грозным, часто смертельным осложнением, и среди всех заболеваний легких именно туберкулез — одна из самых частых причин геморрагического синдрома. Нередко легочные кровотечения оказывают отрицательное влияние на течение и исход болезни и требуют от врача экстренной медицинской помощи.

Если в доантибактериальный период легочные кровотечения с летальным исходом встречались сравнительно редко (у 0,2—1,3% всех больных, умерших от туберкулеза легких) [4], то за последние два десятилетия профузные и рецидивирующие геморагии стали более частым явлением и как причина смерти отсоединяются у 6,5—31,0% умерших от туберкулеза [2, 5, 9, 13]. Таким образом, оказание эффективной и своевременной помощи больным туберкулезом с геморрагическими осложнениями является одной из важных задач фтизиатрии.

В основе геморрагических осложнений лежат различные механизмы. Наиболее известной причиной обильных кровотечений являются прогрессирование туберкулеза, расплавление казеозных масс при образовании каверны, что ведет к нарушению целостности стенки кровеносного сосуда, особенно при повышении кровяного давления в сосудах малого круга кровообращения [3, 8]. Однако при разрыве сосуда в легочной ткани остановка кровотечения будет зависеть от состояния систем гемостаза и фибринолиза данного больного, если нет возможности его оперировать по тяжести процесса или из-за отсутствия хирургического и реанимационного отделений. Туберкулезное воспаление обычно разрушает сосуды системы легочной артерии, которые по своему строению напоминают вены со слабо развитым сосудистым компонентом гемостаза.

Целью настоящей работы являлось изучение взаимодействия свертывающей и фибринолитической систем крови у больных туберкулезом легких с геморрагическим синдромом.

Многолетние наблюдения с исследованием коагулограмм более 1500 больных (1967—1984 гг.) и терапия больных туберкулезом с геморрагическими осложнениями, проводимые на кафедре туберкулеза Саратовского медицинского института, в стационарах саратовских городского и областного противотуберкулезных диспансеров, показывают, что