

ЗНАЧИМОСТЬ РЕНТГЕНОГРАФИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

С.А. Акаева, С.Н. Багаева, Б.Т. Аннаева

Кабардино-Балкарский государственный университет, медицинский факультет, г. Нальчик

Рентгенография грудной клетки остаётся «золотым стандартом» диагностики пневмонии, позволяя значительно снизить частоту диагностических ошибок и оптимизировать тактику ведения больных. Между тем, ввиду роста в последнее время пневмоний с атипичным течением, диагноз пневмонии всё чаще не находит рентгенологического подтверждения в виде наличия ожидаемого очагового инфильтративного изменения лёгочной ткани. Нередко диагноз пневмонии выносится на основании анамнеза и физикальных данных при интерстициальных изменениях легочной ткани рентгенологически. Если учесть и тот факт, что ряд атипичных пневмоний может протекать и без классических признаков пневмоний при обследовании больных, как - то: отставания грудной клетки при дыхании на стороне поражения, укорочения перкуторного звука при перкуссии, наличия хрипов при аускультации, отсутствии лейкоцитоза, незначительных изменениях острофазовых показателей воспаления, то неудивительна проблематичность своевременной постановки диагноза и значительной, как гипер - так и гиподиагностики этой патологии не только на догоспитальном этапе, но и в стационарных условиях. При исходном подозрении на пневмонию у 97 человек, у 59 (60,8 %) диагноз был подтверждён, причём рентгенологическое подтверждение было получено у 22 (37,3 %), а у остальных 37 (62,7 %) он был установлен клинически при отсутствии характерных рентгенологических признаков лёгочной инфильтрации (чаще регистрировались интерстициальные изменения в лёгочной ткани) – так называемая «рентгеноотрицательная пневмония». У 22 пациентов с подтверждённым рентгенологически диагнозом, как правило, имело место типичное клиническое течение и физикальные данные соответствовали бактериальной пневмонии: усиление бронхофонии и голосового дрожания, локальные перкуторные изменения (укорочение/тупость перкуторного звука над поражённым участком лёгких) выявлены у 16 (72,7 %), аускультативная симптоматика (локально выслушиваемое жёсткое/bronхиальное дыхание, фокус звучных мелкопузырчатых хрипов или инспираторной крепитации), отмечена - у 19 (86,4 %). По частоте особенностей атипичного клинического течения лидировали вирусные пневмонии (чаще постепенное начало, миалгии, явления миокардита, лейкопения), микоплазменные (чаще постепенное начало, с минимальными физикальными изменениями, с внелёгочными проявлениями – кожными высыпаниями, миалгиями, лимфоаденопатией; гемолизом, лимфоцитозом), хламидийные (чаще острое начало, лейкопения). Лечебная тактика в ходе обследования претерпела изменения: изначально назначенная антибактериальная терапия 51 (86,4 %) пациенту, была усилена у 7 (31,8 %), из 22 пациентов, получивших рентгенологическое подтверждение диагноза пневмонии. Гипердиагностика пневмонии была связана с лихорадкой (пиелонефрит, холецистит, грипп, пищевая токсикоинфекция), влажными хрипами (альвеолиты, застойная сердечная недостаточность), очаговыми тенями (опухоли – периферический рак лёгких, бронхоалоальвеолярный рак, туберкулёз). Гиподиагностика пневмонии была обусловлена нарушением сознания (инсульт), болевым синдромом (инфаркт миокарда, пенетрация язвы 12перстной кишки. Холецистит, почечная колика). Ошибки в диагностике пневмонии были связаны с нераспознанной тромбоэмболией мелких ветвей лёгочной артерии с развитием инфаркт пневмонии после тромбэктомии из вен нижних конечностей, в том числе из подвздошно-бедренного сегмента, либо на фоне острого тромбофлебита, у лиц, находящихся как на стационарном, так и на амбулаторном лечении у хирургов, либо тромбозом глубоких вен нижних конечностей, криминальным абортom; при своевременно нераспознанной аспирационной пневмонии (суицидальный приём снотворных, алкогольное опьянение с регургитацией желудочного содержимого в дыхательные пути); нераспознанный периферический рак легкого; длительное безуспешное лечение на дому больных по поводу «гриппа» с поздней госпитализацией с абсцедирующей пневмонией. Заключение: выполнение рентгенологического исследования необходимо проводить всем больным с подозрением на пневмонию или возможность её развития при остром и обострении хронического бронхита, ХОБЛ, ТЭЛА, аспирации в дыхательные пути и иных ситуациях, не только для подтверждения или исключения диагноза, но и для выбора оптимальной терапии и динамического контроля её эффективности. Это оставляет за рентгенологическим исследованием статус «золотого стандарта». В то же время, при отсутствии рентгенологического подтверждения диагноза пневмонии, ведущим остаётся клинический ориентир.