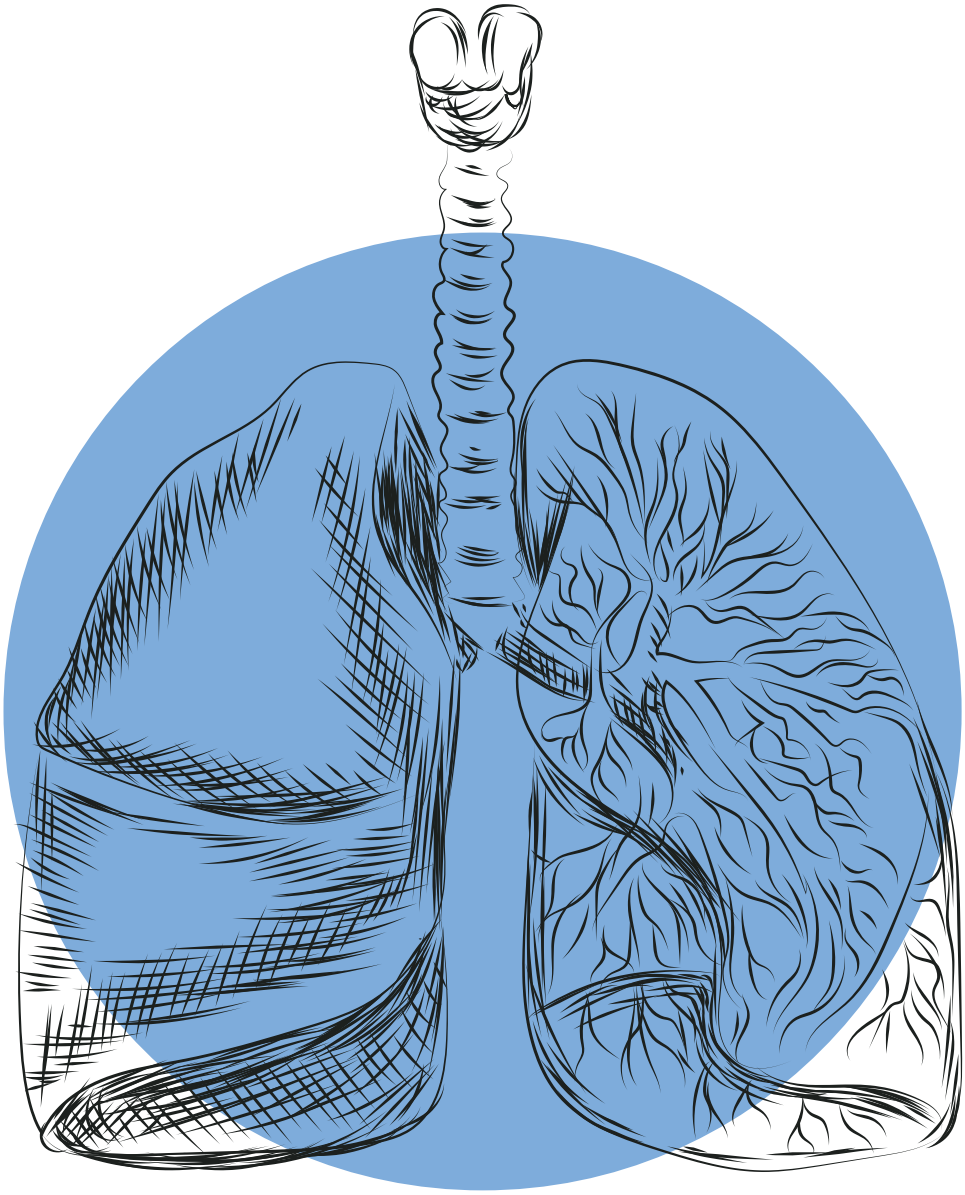
ВСЕМ НА ПОЛЬЗУ



ДИАГНОСТИКА ПНЕВМОНИИ. ОПЫТ СТАРОЙ ШКОЛЫ, КОТОРЫЙ МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛЕЗЕН И СЕГОДНЯ. НЕ ПРЕНЕБРЕГАЙТЕ!



Автор:
Норберт Александрович Магазаник,
профессор, д.м.н. (Израиль)

Многие врачи, особенно молодые, полагают, что диагноз «пневмония» ставят либо на основе аускультативных данных, либо – еще надежнее – с помощью рентгеновского аппарата. Но ведь наши славные предшественники умели распознавать пневмонию за сотни лет до Лаэннека и Рентгена! Дело в том, что пневмония – не просто воспаление какого-то участка легочной ткани. Это заболевание всего организма, проявляющееся целым рядом общих симптомов, на которых врач и должен строить свой диагноз.

С ТЕХ ВРЕМЕН

Еще Гиппократ прекрасно описал общую картину пневмонии: «Вот что испытывает больной: на него нападает сухой кашель, дрожь (*т.е. озноб – Н. М.*), лихорадка, затруднение дыхания, сильная боль в груди; он высовывает язык, как собака, которая летом распалена зноем воздуха; у него опухоль в груди (*т.е. заложена грудь – Н. М.*); едва говорит, в лице краснота, и тело зудит, и страдание мешает ему спокойно лежать, и он мечется в беспокойстве». Сходную клиническую характеристику дал и знаменитый средневековый врач Маймонид, или Рамбам (1138–1204 г. н.э.): «Главные симптомы пневмонии, присутствующие всегда: выраженная лихорадка, колющая боль в грудной клетке, учащенное поверхностное дыхание, зубчатый пульс и кашель, обычно с мокротой». А вот по каким признакам рекомендовал диагностировать пневмонию современник Гете и Бетховена, знаменитый немецкий врач Гуфеланд (1762–1836), один из последних представителей старой, гиппократической медицины: «колотье или боль в каком-либо участке грудной клетки, усиливающиеся при вдохе», «тяжесть, заложенность в груди в сочетании с мягким, малым, иногда аритмичным пульсом», «кашель при каждом глубоком вдохе, а при сильном воспалении – даже при разговоре и при малейшем физическом напряжении. Это самый важный признак; он непременно присутствует в каждом случае пневмонии», «лихорадка со всеми своими атрибутами – жаром, жаждой, красной мочой». Эти строки взяты из его книги Enchiridion medicum (1836 г.), отразившей полувековой опыт маститого автора. Следует подчеркнуть, что Гуфеланд уже был знаком с перкуссией и аускультацией. Но, по его мнению, результаты этих методов «весьма обманчивы. Сами по себе они не могут обнаружить воспаление, если не учитывать других признаков, тогда как эти другие признаки вполне достаточны для постановки диагноза. Самое большее, они могут указать, где расположено воспаление; но они не помогают определить врачебные показания и не влияют на выбор метода лечения».

БУДЬТЕ ВНИМАТЕЛЬНЫ

Поэтому при мысли о пневмонии не надо сразу хвататься за фонендоскоп. Сначала просто несколько мгновений внимательно понаблюдайте за больным, оцените его общее состояние, характер и частоту дыхания, цвет лица (гиперемия, цианоз, бледность). Пусть даже вы нашли типичное бронхиальное дыхание, но если у пациента нет одышки, учащенного дыхания, кашля, повышения температуры, тахикардии – это не пневмония или какая-то

странная пневмония, и тогда больному показано не скоропалительное лечение, а углубленное обследование.

В еще большей степени это относится к рентгенологическому заключению. Пневмония – диагноз не рентгенологический, а клинический. Того, что рентгенолог видит на снимке, совершенно недостаточно, чтобы диагностировать заболевание. Рентгенолог может лишь отметить затемнение той или иной интенсивности и характер его краев (четкие, нечеткие) или же интерстициальные изменения – и только. Но ведь такие же тени могут быть и при опухоли, и при аллергическом (неинфекционном!) воспалении, и при замещении легочной ткани рубцовой, склеротической. И если рентгенологи все-таки часто используют в своем заключении слово «пневмония», делают они это лишь после того, как ознакомятся с историей болезни данного пациента или поговорят с лечащим врачом.

Иными словами, рентгенолог ставит диагноз только после сопоставления рентгенологических данных с клинической картиной (лихорадка, лейкоцитоз и т.п.). Но ведь эту клиническую картину лечащий врач знает гораздо лучше и не с чужих слов: он сам осматривает пациента, сам перкутирует и аускультирует его; он наблюдает больного многие дни подряд. Так зачем же делать верховным арбитром узкого специалиста, который все равно не может поставить диагноз без помощи лечащего врача?

ПНЕВМОНИЯ – ДИАГНОЗ НЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ, А КЛИНИЧЕСКИЙ. И ТОГО, ЧТО РЕНТГЕНОЛОГ ВИДИТ НА СНИМКЕ, НЕДОСТАТОЧНО, ЧТОБЫ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ЗАБОЛЕВАНИЕ

ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ

Рентгенограмма очень помогает клиницисту в диагностическом процессе, но не надо молиться на нее: если клиническая картина не указывает на пневмонию, то рентгенологические находки потребуют иного истолкования (нет ли у больного саркоидоза, пневмокониоза, опухоли и т.п.). Я настаиваю на главенствующем значении именно общих, а не локальных признаков в диагностике пневмонии, исходя из чисто практических, лечебных соображений. В самом деле, почему не только врачи, но и сами больные и их близкие так озабочены вопросом, есть пневмония или ее нет? Да потому, что это серьезное заболевание, опасное для жизни. Коварство пневмонии заключается не просто в нарушенном функционировании какого-то участка легочной ткани: хирургическое удаление сегмента или даже одной доли легкого обычно не уменьшает повседневную активность человека. Решающее значение имеет не размер пневмонического очага, а интенсивность лихорадки, токсикоза и того воздействия, которое воспаленный участок оказывает на дыхание и кровообращение организма в целом.

Вот два примера. У физически крепкого 25-летнего мужчины на третий день банального острого простудного заболевания (насморк, небольшой сухой кашель, общее недомогание, субфебрильная температура) вы находите единичные мелкопузырчатые хрипы ниже правой лопатки. Вместе с тем, общее состояние этого молодого человека хорошее: он бодр, отказывается лежать днем в кровати, пульс не учащен (74 в минуту), нет потливости, аппетит превосходный; температура вчера вечером – 37,3 °С, сегодня утром – 36,5 °С. И пусть рентгенолог сообщает, что справа в нижнем легочном поле легочный рисунок несколько усилен и смазан; пусть даже, в нарушение строгих правил, он напишет в заключении слово «пневмония». Разве это достаточное основание, чтобы пугать таким диагнозом пациента (да и самого себя) и, сломя голову, обрушиваться на врага всей мощью новейших антибиотиков? Допустим, у нас еще нет анализа крови. Но не надо быть пророком или уж очень опытным врачом, чтобы заранее знать, что вряд ли в этом случае нам сообщат о значительном лейкоцитозе, резком сдвиге влево или о существенном увеличении СОЭ; вернее всего, гемограмма окажется нормальной или почти нормальной, то есть также не внушающей опасений. Да такого больного вообще не надо лечить – он выздо-

ровеет и сам, не подвергаясь, в то же время, опасности анафилактического шока и других ятрогенных осложнений, иногда возникающих от чрезмерного врачебного усердия. Совсем другое дело, если перед нами 80-летняя тучная женщина с давним сахарным диабетом, мерцанием предсердий и периферическими отеками. Пусть и здесь мы не находим ни притупления, ни бронхиального дыхания, а только участок скудных звучных мелкопузырчатых хрипов и лишь намек на усиление шепотной речи. Но у больной остро – со вчерашнего дня наступило резкое ухудшение общего состояния: она оглушена, заторможена, лицо гиперемировано; дыхание учащено (28 в минуту), крылья носа раздуваются при дыхании; язык сухой; температура повышена слегка (37,3 °С), но имеется значительная тахикардия. Больная часто кашляет, и, хотя мокрота не отходит, слышно, что кашель влажный, то есть в бронхах есть жидкое содержимое. Вот в такой ситуации будут оправданы и диагноз пневмонии, и самое активное безотлагательное лечение, несмотря на то, что пока мы не располагаем ни анализом крови, ни рентгеновским исследованием. Подчеркну, что здесь диагноз «пневмония» поставлен не просто «на всякий случай», наугад, исходя из принципа – предполагать и лечить наиболее опасное из возможных в данной ситуации заболеваний. Этот диагноз надежно обоснован и строго логически вытекает из всей клинической картины в целом; он опирается не на какой-то отдельный признак (будь то пресловутые «хрипы» или даже рентгенограмма), а на характерную совокупность различных симптомов и признаков.

СУЩЕСТВЕННОЙ ОПОРОЙ ДЛЯ ДИАГНОЗА МОЖЕТ СТАТЬ И ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ: ОН ВОЗНИКАЕТ, ЕСЛИ ПНЕВМОНИЧЕСКИЙ ФОКУС РАСПОЛОЖЕН НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОД ПЛЕВРОЙ

ПРАВИЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Итак, что же надо делать, если возникло предположение о пневмонии? Сначала расспросим больного. Есть ли у него кашель? Этот симптом не только направляет мысль на патологию легких вообще; если кашля нет, то пневмония маловероятна. Не больно ли дышать, не колет ли в груди при вдохе? Это укажет на раздражение плевры и сделает предположение о пневмонии более вероятным. Был ли в начале заболевания однократный озноб (крупозная, пневмококковая пневмония) или повторно познабливало каждый день (стафилококк, стрептококк)? Какого цвета мокрота? Слизистая бесцветная или серая мокрота характерна скорее для вирусной, а не бактериальной пневмонии. Нет ли примеси крови в мокроте? Это укажет на интенсивность воспаления или вызовет подозрение на распад. Не было ли недавно аналогичных заболеваний в близком окружении? Это аргумент в пользу вирусной природы, поскольку бактериальные пневмонии мало контагиозны. Спросим также, не ощущал ли больной свистов и писков в груди (значение этого вопроса рассмотрено ранее). Наконец, обязательно осведомимся, были ли в прошлом аллергические реакции, в особенности на антибиотики, чтобы уменьшить риск от будущего лечения. Ответы на все эти вопросы дают ценнейшие сведения и позволяют укрепить или отвергнуть первоначальное предположение о пневмонии.

ОСМОТР ПАЦИЕНТА

Очень важно понаблюдать за спонтанным дыханием. Чтобы отвлечь внимание больного и заставить его замолчать, можно сделать вид, что вы считаете пульс, а на самом деле заняться подсчетом дыхательных движений. Польза этого показателя заключается в следующем. Как известно, один из самых характерных признаков воспаления – боль. Ее вызывает раздражение болевых рецепторов. Но в легочной ткани их нет, в этом смысле она нечувствительна и должна бы молчать. Однако в ней имеется множество интерорецепторов, связанных с дыхательным центром. Их раздражение очагом пневмонии обязательно вызовет учащение дыхания (тахипноэ), даже если этот очаг невелик и нет гипоксемии. Спокойное, не учащенное дыхание

делает предположение о пневмонии маловероятным. Ритмичное раздувание крыльев носа также указывает на усиление дыхания и потому является тонким и ценным признаком пневмонии. Что же касается физикального исследования, то перкуссия не играет существенной роли в диагностике пневмонии. Только при очень крупном очаге (доля или несколько сегментов) притупление перкуторного звука становится достаточно отчетливым и несомненным, чтобы на этом признаке можно было основывать свои умозаключения. Если расположить аускультативные признаки в порядке убывающей надежности и специфичности, то получится следующий ряд: бронхиальное дыхание (самый доказательный, но, к сожалению, редко встречающийся признак), усиленная шепотная речь, крепитация, звучные мелко- и среднепузырчатые хрипы. Существенной опорой для диагноза может стать и шум трения плевры: он возникает, если пневмонический фокус расположен непосредственно под плеврой. Каждая пневмония сопровождается тахикардией. Это и понятно, ввиду теснейшей связи дыхания с кровообращением. Поэтому отсутствие тахикардии заставляет усомниться в диагнозе «пневмония». Впрочем, наличие тахикардии само по себе еще ничего не доказывает: для астматического статуса она также очень характерна. Итак, проанализировав все данные клинического обследования, мы пришли к заключению, что у больного пневмония.

ВАЖНО: ПЕРКУССИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОНИИ НЕ ИГРАЕТ СУЩЕСТВЕННОЙ РОЛИ

ВИРУСНАЯ ИЛИ БАКТЕРИАЛЬНАЯ?

Теперь надо решить, что это за пневмония? Известны различные классификации заболевания. По морфологическому принципу выделяют три большие группы пневмоний: лобарная, очаговая и интерстициальная. Этиологическая классификация включает гораздо большее число рубрик, в зависимости от возбудителя. Однако у постели больного, при первичном осмотре, когда мы не располагаем даже простейшим анализом крови, не говоря уже о рентгенологическом или бактериологическом исследовании, первый и важнейший классификационный вопрос заключается в следующем: является ли пневмония бактериальной или вирусной? От решения этого вопроса зависит выбор лечебных мероприятий. Дело в том, что до сих пор мы не располагаем эффективными противовирусными средствами, полезными при пневмонии. Назначать же антибактериальные препараты (антибиотики или сульфамиды) при вирусной пневмонии – это стрелять заведомо мимо цели.

Как-то я лечил больную от подострого септического эндокардита. Она получала в сутки 24 млн ЕД пенициллина внутривенно и внутримышечно и 1 г стрептомицина внутримышечно в сутки с хорошим эффектом – уже на протяжении нескольких дней температура была стойко нормальной. И вдруг снова возник сильный озноб, температура поднялась до 40,0 °С, резко ухудшилось общее состояние. Я было решил, что это рецидив эндокардита и уже обдумывал, какие антибиотики дать на замену. Но на следующий день все соседки этой пациентки в многоместной палате заболели точно так же. Диагноз гриппа не вызывал сомнений, тем более, что в городе в это время была эпидемическая вспышка. Через несколько дней температура у моей пациентки вновь нормализовалась, дальнейшее выздоровление прошло гладко. Итак, даже громадные дозы пенициллина не только не смогли защитить больную от заражения гриппом, но и не сказались на его течении. Можно, конечно, понять желание предупредить бактериальные осложнения первично вирусной пневмонии. Однако наслоение вторичной, уже бактериальной инфекции бывает крайне редко, чтобы оправдать огульное профилактическое назначение антибиотиков в каждом случае вирусной пневмонии. Не надо забывать о высоком аллергизирующем потенциале этих препаратов. Поэтому такая мера целесообразна только в том случае, когда больной ослаблен (дряхлость, сердечная недостаточность, сахарный диабет, хроническое заболевание легких, лейкоз), поскольку здесь даже минимальное осложнение может оказаться роковым. Второе показание более ясно – уже возникшее бактериальное осложнение. Но здесь мы снова возвращаемся к вопросу, как же отличить вирусную пневмонию от бактериальной. Бактериальная инфекция характеризуется выраженной лейкоцитарной защитной реакцией организма (фагоцитоз и пр.).

Поэтому при бактериальных пневмониях мокрота часто содержит много лейкоцитов, что придает ей желтоватый или зеленоватый оттенок и делает ее мутной – гнойная мокрота. Кстати, по той же причине для бактериальной пневмонии характерен лейкоцитоз со сдвигом влево, тогда как при вирусных пневмониях такие изменения не наблюдаются, или они мало выражены. При вирусных же пневмониях, пока нет бактериальной суперинфекции, мокрота слизистая, стекловидная, прозрачная, бесцветная или сероватая, вроде крахмального клейстера или холодца; иногда в ней бывают прожилки крови. При вирусных пневмониях воспаление разыгрывается, как правило, в интерстиции; воздушность альвеол при этом не страдает. Вот почему здесь мы не встретим ни бронхиального дыхания, ни усиления шепотной речи, ни крепитации. Наблюдающиеся при этом сухие и влажные хрипы объясняются просто сопутствующим бронхитом и лишь намекают, что именно легкие являются ареной патологического процесса. Диагностика пневмонии в этих случаях основывается, с одной стороны, на общих симптомах (кашель, одышка, лихорадка, тахипноэ), с другой – на рентгенологических данных. Напротив, при бактериальной пневмонии воспалительный экссудат локализуется преимущественно в альвеолах, что приводит к уплотнению, опеченению легочной ткани. Создаются все условия для возникновения классических аускультативных признаков пневмонии (бронхиальное дыхание и т.п.). Наконец, наличие явной эпидемиологической цепочки (сходные заболевания в ближайшем окружении) – веский аргумент в пользу вирусной природы, ибо бактериальные пневмонии мало контагиозны. Разумеется, речь идет о повседневных вариантах, составляющих 90% от всех пневмоний, а не о таких редких заболеваниях, как туляремия, «болезнь легионеров» и т.п.

ДЕЛАЕМ ВЫВОДЫ

Итак, уже непосредственно у постели больного врач может высказать достаточно аргументированное и уверенное предположение о наличии или отсутствии пневмонии. Ведь он сам обследовал пациента и получил массу такой информации, которую невозможно добыть ни в рентгеновском кабинете, ни в лаборатории. Остается сопоставить свои собственные данные с результатами рентгенологического исследования и лабораторных анализов. Теперь он может сделать это не как доверчивый простак, а «на равных» или, вернее, «с позиции силы». Именно лечащий врач должен решать, как истолковать и использовать все дополнительные инструментальные данные. Эти данные могут просто подтвердить и уточнить его собственное первоначальное заключение,

ВЫДЕЛЯЮТ 3 БОЛЬШИЕ ГРУППЫ ПНЕВМОНИЙ: ЛОБАРНАЯ, ОЧАГОВАЯ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНА

и тогда его дальнейшие уже лечебные действия будут еще более уверенными. Или же они окажутся для него полным сюрпризом и будут так серьезно и веско противоречить его предварительному диагнозу, что придется его пересмотреть. Наконец, в некоторых случаях лечащий врач просто не поверит им, сочтет ошибкой или артефактом и потребует повторить исследование, поскольку все остальные факты, в первую очередь клинические, добытые им собственноручно, представляются гораздо более важными и неопровержимыми. Здесь же, у постели больного, надо решить еще несколько вопросов. Во-первых, каково общее состояние пациента – крепок он или же очень слаб. Это исключительно важно для выбора лечебной тактики, в частности, требуется ли в данном случае срочная госпитализация или нет. В этом отношении особое внимание надо обратить на состояние нервно-психической сферы: вялость, апатия, сонливость, оглушенность или, наоборот, возбуждение – все это очень тревожные знаки, диктующие максимально активное, даже агрессивное лечение в условиях стационара. Во-вторых, следует выяснить, есть ли у больного серьезные сопутствующие болезни, например, мерцание предсердий, недостаточность сердца, хроническое заболевание легких (эмфизема, хронический бронхит, бронхиальная астма), сахарный диабет, почечная недостаточность и т.п. На оценку общего состояния влияет также и возраст больного: у людей старше 50–55 лет, в особенности же у дряхлых, пневмония чаще протекает тяжело и потому требует особого внимания. Наконец, размер пневмонического очага: чем он обширнее, тем менее оптимистичен прогноз.