

Гурина У. А., Суворова Е. С.
**ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ УРОВНЕ**
Научный руководитель ассист. Былинский Н. Н.
Кафедра пропедевтики детских болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Пневмонией называют острое инфекционное заболевание с первичной и основной локализацией очага в легких (А. В. Цинзерлинг, 1970). В большинстве случаев болезнь возникает на фоне предшествующей респираторной вирусной инфекции и носит полимикробный характер. По данным ВОЗ пневмония является причиной смертности 15% детей до 5 лет во всем мире. 808 694 ребёнка до 5 лет умерли от пневмонии в 2017 году. Для пневмонии у детей типично быстрое развитие дыхательной недостаточности, которая является отражением нарушения внешнего дыхания, ведет к гипоксии. Таким образом важным является правильность постановки диагноза для предупреждения возможных осложнений. Эффективность лечения определяют по стойкому клиническому благополучию, нормализации лабораторных показателей с обязательным учетом данных рентгенологического наблюдения. Современная диагностика в сочетании с контролируемой терапией позволяют добиться полного излечения.

Цель: проанализировать правильность выставления диагноза на догоспитальном уровне участковыми педиатрами и врачами скорой помощи, используя основные методы диагностики пневмонии и сопоставление с заключительным диагнозом, выставленным в стационаре.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 100 пациентов, находившихся на стационарном лечении в УЗ «4-я ГДКБ г. Минска» в 2018-2019 гг. с диагнозом «пневмония» на догоспитальном и госпитальном этапах. Статистическую обработку результатов провели в программах Microsoft Excel и BIostat.

Результаты и их обсуждение. Исходя из поставленной цели было выявлено: 1. Из 100 пациентов 87 поступили с диагнозом «пневмония», из них 22 случая подтвержденных, что составляет 25%; 65 – неподтвержденных (75%), что говорит о гипердиагностике на догоспитальном уровне. 2. 13 пациентам диагноз «пневмония» был выставлен в стационаре. 3. В среднем пациенты обращались в стационар на 2-7 день заболевания. 4. 35% поступивших были доставлены бригадой скорой помощи, а 65% – направлены поликлиникой по месту жительства. 5. Кроме основного заболевания, встречались отиты, ринофарингиты, интоксикационный синдром, которые являлись сопутствующими.

Выводы. Проведенный анализ позволил установить, что для правильной диагностики следует обращать внимание на: 1. Стойкое повышение температуры тела выше 38 °С более 3 дней; 2. Результаты рентгенологического исследования; 3. Общий анализ крови (увеличение СОЭ, количества лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до миелоцитов и метамиелоцитов, токсическая зернистость нейтрофилов).

Участковыми педиатрами проводится гипердиагностика, которая приводит к неправильному выставлению диагноза. Причинами могут быть: 1. Желание участкового педиатра поместить ребёнка под присмотр врачей, обеспечить полноценное лечение под постоянным наблюдением в стационаре во избежание быстрого развития заболевания и интоксикационного синдрома. 2. Отказ или пренебрежение родителей от проведения рентгенологического исследования. 3. Схожесть начала проявления пневмонии и других вирусных заболеваний.