

# Заметки и наблюдения из практики

© ЯКУШИН С.С., 2024

Якушин С.С.

## КЛИНИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В ПОЗДНЕЙ СТАДИИ ГИПЕРСЕНСИТИВНОГО ПНЕВМОНИТА

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»  
Минздрава России, Рязань, Россия

В современной медицине закономерно нарастает частота использования высокоинформативных методов инструментальной диагностики. С учетом этого клиническим аспектам в постановке окончательного диагноза отводится все меньшее время и значимость. Существующая инертность клинического мышления при установлении диагноза даже при наличии инструментальных и валидных диагностических критериев не всегда позволяет пересмотреть диагноз, выставленный пациенту, особенно несколько лет назад. Имеющиеся клинические рекомендации по отдельным нозологическим формам, которым в настоящее время отдается решающее значение в диагностике, лечении, экспертизе качества медицинских услуг, не могут в полной мере быть применимы ко всем пациентам с конкретной болезнью. В качестве иллюстрации вышесказанного приводится клинический пример пациентки с установленным около 15 лет назад диагнозом «бронхиальная астма» без диагностических критериев данного заболевания. На выполненной 3 года назад до описываемой в статье госпитализации рентгеновской компьютерной томографии легких были обнаружены типичные признаки распространенного легочного пневмонита. Но даже это не позволило изменить стереотипного диагностического взгляда и поставить правильный диагноз и назначить соответствующее лечение, в том числе в специализированном пульмонологическом отделении. В результате чего болезнь имела прогрессирующее течение с развитием осложнений в виде выраженной дыхательной и сердечной недостаточности. Только повторная оценка клинических симптомов, включая инспираторные крепитации, компьютерную томографию легких (диффузное снижение прозрачности по типу матового стекла) и рестриктивные нарушения функции внешнего дыхания без обструктивного компонента, позволили пересмотреть диагноз и назначить в соответствии с клиническими рекомендациями патогенетическую терапию глюкокортикоидами в сочетании с лечением дыхательной и сердечной недостаточности, что и привело к быстрому клиническому улучшению.

Ключевые слова: инертность диагностики; клиническое мышление; клинические рекомендации; пневмонит.

Для цитирования: Якушин С.С. Клиническое мышление и инструментальная диагностика в поздней стадии гиперсенситивного пневмонита. *Клиническая медицина*. 2024;102(2):172–177.

DOI: <http://dx.DOI.org/10.30629/0023-2149-2024-102-2-172-177>

Для корреспонденции: Якушин Сергей Степанович — e-mail: [ssyakushin@yandex.ru](mailto:ssyakushin@yandex.ru)

**Sergey S. Yakushin**

### CLINICAL THINKING AND INSTRUMENTAL DIAGNOSTICS IN THE LATE STAGE OF HYPERSENSITIVE PNEUMONITIS

Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov of the Ministry of Healthcare of Russia, Ryazan, Russia

The frequency of using highly informative instrumental diagnostic methods is increasing in modern medicine. Taking this into account, less time and significance are given to clinical aspects in making a final diagnosis. The existing inertia of clinical thinking in establishing a diagnosis, even in the presence of instrumental and valid diagnostic criteria, does not always allow for a reconsideration of the diagnosis given to the patient, especially several years ago. Existing clinical recommendations for certain nosological forms, which currently play a decisive role in diagnostics, treatment, and quality assessment of medical services, may not be fully applicable to all patients with a specific disease. As an illustration of the above, a clinical example of a patient diagnosed with “bronchial asthma” about 15 years ago without diagnostic criteria for this condition is provided. Three years ago, on a hospitalization described in the article, a chest computed tomography scan revealed typical signs of diffuse pulmonary pneumonia. However, this did not allow for a change in the stereotypical diagnostic view and the correct diagnosis and appropriate treatment, including in a specialized pulmonology department. As a result, the disease progressed with the development of complications in the form of severe respiratory and heart failure. Only a reassessment of clinical symptoms, including inspiratory crackles, chest CT scan (diffuse opacity reduction resembling ground glass), and restrictive abnormalities in external respiration function without obstructive components, allowed for a reevaluation of the diagnosis and the prescription of pathogenetic therapy with glucocorticoids in combination with treatment for respiratory and heart failure, leading to rapid clinical improvement.

Key words: diagnostic inertia; clinical thinking; clinical recommendations; pneumonitis.

For citation: Yakushin S.S. Clinical thinking and instrumental diagnostics in the late stage of hypersensitive pneumonitis. *Klinicheskaya meditsina*. 2024;102(2):172–177. DOI: <http://dx.DOI.org/10.30629/0023-2149-2024-102-2-172-177>

For correspondence: Sergey S. Yakushin — e-mail: [ssyakushin@yandex.ru](mailto:ssyakushin@yandex.ru)

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Современный этап развития медицины характеризуется нарастанием диагностической инструментализации и уменьшением объема клинического подхода, в том числе клинического мышления, в диагностической концепции ведения пациентов. Вопросы клинического мышления всегда были, есть и должны быть основополагающими как при правильной постановке диагноза, так и при подборе правильного и эффективного лечения. Одним из многочисленных определений клинического мышления может быть следующее: это профессиональные знания, клинический опыт и клиническая логика в диагностике, дифференциальной диагностике, установлении и формулировке правильного диагноза для последующего аргументированного и эффективного лечения.

Выдающиеся клиницисты XIX–XX вв. — Г.А. Захарьин, М.Я. Мудров, С.П. Боткин, Г.Ф. Ланг, М.П. Кончаловский, А.Л. Мясников, Е.М. Тареев, Е.И. Чазов и многие другие — отдавали предпочтение клиническому подходу при постановке диагноза.

Прогрессивное развитие современной медицины в последние десятилетия характеризуется появлением методов лабораторного, генетического, иммунологического, инструментального обследования, использованием технологий искусственного интеллекта, которые являются высокоэффективными методами «дополнительной» или «параклинической» диагностики, позволяющими в отдельных случаях поставить даже доклинический диагноз или карциному *in situ*, а также — персонализированный диагноз.

Нельзя не отметить прогрессирующее увеличение объема медицинских знаний, которые необходимо применять и использовать в своей практике врачам, вопросов специфичности этих знаний, что способствует и обосновывает появление многих новых медицинских специальностей. В ряде ситуаций от врача требуются быстрота, оперативность диагностики и принятия клинического решения, особенно в неотложных ситуациях, когда результаты методов лабораторной диагностики еще в работе, а некоторые методы инструментального обследования не могут быть выполнены в связи с тяжелым состоянием пациента, что определяет выбор тактики ведения пациента.

С 1990-х годов разрабатываются принципы доказательной медицины, десятилетием позже на их основе в Российской Федерации (РФ) начинают создаваться клинические рекомендации (КР), использование которых становится приоритетным при постановке диагноза и назначении лечения. Например, значимость первых КР по артериальной гипертонии (2001 г.), подготовленных комитетом экспертов, подчеркивает тот факт, что уже в 2003 г. они вошли в Приказ Минздрава РФ от 24.01.2003 № 4с «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертонией в РФ» [1]. С 25 декабря 2018 г. КР становятся Федеральным законом РФ № 489 [2], который определяет их статус как основу для оказания медицинской помощи и делает обязательными к применению. С этого времени создаются комитеты по подготовке КР, включая рабочие

группы и комитеты экспертов по отдельным нозологическим формам, устанавливаются правила по подготовке КР с указанием классов эффективности и уровней доказательности, с утверждением последних на научно-практическом совете Минздрава РФ. Кроме того, пересматриваются новые правила формирования КР. Так совещанием комитета по подготовке КР Российского кардиологического общества (2023 г., протокол № 3/23) было решено, что КР должны в полном объеме включать все прописанное в стандартах оказания медицинской помощи, а также все виды обязательного медицинского страхования, отмеченные экспертами при анализе текущих КР. Данные вопросы усовершенствования новых проектов КР представляются чрезвычайно важными, так как направлены на устранение некоторых клинико-экономических несогласований предыдущих КР.

Также следует отметить, что КР становятся одними из главных опорных документов при взаимодействии со страховыми компаниями, которые нередко дискуссионные вопросы назначения лекарственных препаратов оформляют в виде заключений с указанием штрафных экономических санкций. Тем не менее клинический опыт работы свидетельствует о том, что в ряде очевидных ситуаций аргументированное коллегиальное обоснование по вынесенному необоснованному решению страховой компании может привести к пересмотру заключения в пользу лечебно-профилактического учреждения, и решение страховой компании может быть аннулировано.

При всей практической и юридической значимости КР нельзя не привести мнение академика В.И. Петрова о том, что последние охватывают только около 80% всего пула пациентов с конкретной патологией, которой они посвящены, а 20% остаются за рамками КР [3].

Важными аспектами развития современной медицины являются морально-этические проблемы современного общества и медицины, в частности вопросы дегуманизации медицины, юридической ответственности врача, которая неуклонно возрастает. Все более широкое применение методов трансплантации, желание пациента лечиться у самого опытного врача и многое другое также вносят свои коррективы в изменение стиля клинического мышления.

Предшествующие 3 года и пандемия COVID-19 наложили отпечаток на стратегию ведения пациентов. Стали появляться возможности для дистанционного консультирования и наблюдения пациентов. Конечно, в ряде случаев это возможно, например, для повторного динамического наблюдения, однако в полной мере данные методы не могут быть использованы для постановки достоверного и полноценного диагноза. Ковидная пандемия привела к изменению процесса обучения студентов, ординаторов, слушателей постдипломного образования, значительно расширилось применение онлайн-методов обучения, однако накопление клинического опыта и формирование клинического мышления все же происходит непосредственно у постели больного. Симуляционные центры, которые в настоящее время активно используются в образовательном процессе при подготовке

студентов и врачей, при аккредитации и являются безусловно важным элементом современного медицинского образования, тем не менее не могут полностью заменить клиническую подготовку врача [4, 5].

Чрезвычайно важной является малообсуждаемая в российской литературе тема инертности или стереотипизма в подходах врача как в установлении клинического диагноза, так и назначении лечения. В ряде публикаций указывается, что наличие у врача клинической инертности не позволяет изменить диагноз и терапию, даже при недостижении терапевтического эффекта, что определяет неполноценность, даже неадекватность оказания помощи [6–9]. Одним из частных примеров вышесказанного является публикация в 2020 г. согласительного экспертного документа, посвященного факторам клинической инертности в снижении кардиоренального риска при сахарном диабете [10]. Авторы этого документа указывают на отсутствие у врача возможности переоценки диагностических критериев заболевания и подходов к лечению по причинам недостаточного междисциплинарного взаимодействия и количества знаний у врача по КР, неоптимальной доступности лекарственного обеспечения.

Клиническая инертность может быть обусловлена рядом факторов, которые могут быть связаны как с самим пациентом вследствие отрицания им своего заболевания, тяжести состояния, недостаточного взаимодействия с врачом, боязни осложнений или появления побочных эффектов от лекарственной терапии, так и с непосредственным оказанием медицинской помощи по объективным причинам, связанным с недостаточной современной доказательной базой (отсутствие проспективных регистровых исследований, КР, протоколов ведения пациентов) [10], а также с недостатком времени на прием пациентов, недостаточным оснащением диагностической аппаратурой и др.

К факторам субъективного характера, связанным с клиницистом, можно отнести переоценку методов инструментальной диагностики, следствием чего является ошибочное установление диагноза, а также стереотипизм его установления и особенно пересмотра, когда диагноз уже установлен, особенно в «авторитетном» лечебно-профилактическом учреждении. Стереотипизм может проявляться в отношении пациента, который долгое время наблюдается с одним и тем же диагнозом, приходит на прием к врачу с огромной амбулаторной картой и большим количеством выписных эпикризов, где и фигурирует этот диагноз на первом месте. Это приводит к тому, что у врача отпадает необходимость в диагностическом поиске, даже несмотря на недостаточную эффективность проводимой терапии или изменение клинической симптоматики у пациента, что и является динамическим продолжением диагностической ошибки, совершенной иногда годами ранее.

Вышесказанное хотелось бы подтвердить клиническим примером из нашей практики. Речь идет о больной С., женщине пожилого возраста, 68 лет, которая находилась на стационарном лечении в терапевтическом

отделении областного кардиологического диспансера в течение 10 дней.

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на одышку в покое, усиливающуюся при минимальной физической нагрузке, сердцебиение, отеки ног, синюшность рук, выраженную общую слабость.

Анамнез заболевания: считает себя больной около 15 лет назад, когда стала замечать одышку при физической нагрузке. За медицинской помощью обратилась спустя несколько лет, когда одышка стала прогрессировать. Был установлен диагноз бронхиальной астмы (БА), в связи с чем пациентка регулярно принимала беклометазон по 2 ингаляции 2 раза в день и сальбутамол (по потребности). Относительно стабильное состояние сохранялось до 2020 г., когда стала отмечать нарастание одышки, при этом жалобы на кашель с выделением мокроты практически отсутствовали. Перенесенную инфекцию COVID-19 отрицает. Дважды находилась на стационарном лечении в пульмонологическом отделении клинической больницы с 27.02.20 по 12.03.2020 с основным диагнозом: «Внебольничная двусторонняя полисегментарная нижнедолевая пневмония средней степени тяжести. Дыхательная недостаточность (ДН) 2-й степени» и с 17.03.20 по 24.03.2020 с основным диагнозом: «БА, смешанная форма, средней степени тяжести, частично контролируемая, ДН 2-й степени». При этом обращало на себя внимание то, что при рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) легких с обеих сторон отмечались как зоны уплотнения легочной ткани по типу матового стекла, так и зоны обычной пневматизации. В заключении было указано, что РКТ-картина в большей степени соответствует интерстициальным изменениям легких. Тем не менее больная была выписана с диагнозом БА, без существенного улучшения, вместе с тем в лечении при выписке из стационара кроме вышеназванных препаратов был добавлен монтелукаст 10 мг вечером.

С начала мая пациентка отметила значительное ухудшение своего состояния: нарастание одышки до наличия ее в состоянии покоя, впервые — появление отеков нижних конечностей и выраженную синюшность рук до нижней трети предплечий. 15.05.2023 госпитализирована в терапевтическое отделение.

Из анамнеза жизни: жительница Рязанской области. Условия труда и быта удовлетворительные. Работала до 60 лет дояркой. Сопутствующие заболевания: более 20 лет страдает гипертонической болезнью, принимает длительно лозартан 50 мг 1–2 раза в день в зависимости от уровня артериального давления (АД); поясничный остеохондроз, грыжевая форма, 20.02.2020 интерламинэктомия L4–L5 слева; цереброваскулярная болезнь. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез без особенностей. Вредные привычки отрицает: не курит, алкоголем не злоупотребляет. Гинекологический анамнез: дети — 1, беременности — 1, роды — 1, аборты — 0, менопауза с 48 лет.

Объективно при поступлении 15.05.2023: общее состояние средней степени тяжести, повышенного питания. Кожные покровы обычной влажности, выражен-

ный акроцианоз на кистях и нижней трети предплечий. В легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижнебоковых отделах с обеих сторон. Частоты дыхательных движений в покое 22 в минуту, парциальное напряжение кислорода ( $PO_2$ ) 78%. Перкуторно отмечается расширение левой границы сердца на 1,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 100 ударов в минуту. АД справа и слева 160/100 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Отеки голеней, стоп.

**Результаты обследования в стационаре.** Общий анализ крови (16.05.2023): эритроциты —  $5,64 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин — 163 г/л, тромбоциты —  $303 \times 10^9/л$ , лейкоциты —  $10,10 \times 10^9/л$ , эозинофилы — 3,2%, сегментоядерные — 55,8%, лимфоциты — 35,0%, моноциты — 5,0%, СОЭ — 7 мм/ч.

Общий анализ мочи (16.05.2023): удельный вес — 1030, белок — 0, pH — 5,0, лейкоциты 1–2 в поле зрения, эпителий плоский — единичные в поле зрения.

При биохимическом исследовании крови (15.05.2023) существенных отклонений от нормы не выявлено, за исключением гиперурикемии: креатинин — 76 мкмоль/л, скорость клубочковой фильтрации по формуле CKD–EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration Formula) — 70 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, клиренс креатинина по формуле Кокрофта–Голта — 89 мл/мин; электролиты крови: калий — 4,69 ммоль/л, натрий — 145,9 ммоль/л, глюкоза — 5,45 ммоль/л, общий холестерин — 4,4 ммоль/л, ЛПНП — 2,74 ммоль/л, ЛПВП — 1,13 ммоль/л, триглицериды — 1,15 ммоль/л, билирубин общий — 40,79 мкмоль/л, АСТ — 20,9 ЕД/л, АЛТ — 24,5 ЕД/л, мочевины — 3,95 ммоль/л, общий белок — 77,9 г/л, альбумины — 42,6 г/л, мочевины — 415,8 ммоль/л, КФК–МВ — 7,2 ЕД/л, КФК общая — 80,2 ЕД/л, ЛДГ — 307,0 ЕД/л, протромбиновый индекс — 0,93.

Анализ на ИФА ВИЧ (18.05.2023) и RW (19.05.2023) — отрицательные.

На рентгенограмме органов грудной клетки (15.05.2023, № 1317) картина умеренных застойных изменений. Легочный рисунок фиброзно перестроен. Участки пневмосклероза. Корни легких полнокровны. Диафрагма расположена обычно. Синусы свободны. Сердце увеличено за счет ЛЖ.

Результаты эхокардиографии (16.05.2023.): дилатация полости левого предсердия, правого желудочка, правого предсердия (4,7 × 5,0 см). Гипертрофия межжелудочковой перегородки. Небольшой стеноз аортального клапана. Недостаточность митрального (регургитация 2-й степени), трикуспидального (2–3-й степени) и аортального клапанов (1-й степени). Легочная гипертензия (систолический градиент давления на трикуспидальном клапане — 50 мм рт. ст.). Нарушение диастолической функции ЛЖ. Атеросклероз аорты.

Консультация пульмонолога (16.05.2023). Диагноз: БА смешанного генеза, легкой степени тяжести, неконтролируемая. Кандидоз ротовой полости. Осложнения: ДН 2–3-й степени. Рекомендовано: будесонид + формо-

рол (160/4,5 мкг) по 1 ингаляции 2 раза в день постоянно, ипратропия бромид + формотерол 20/50 мкг по 2 ингаляции в сутки, амброксол 30 мг 3 раза в день 7 дней, полоскание ротовой полости раствором кандиды 15 капель на 1/2 стакана воды 3 раза 10 дней, флуконазол 150 мг утром 3 дня, далее 50 мг утром 7 дней; анализ мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам, РКТ легких, пульсоксиметрия, респираторная поддержка увлажненным  $O_2$  3–5 л/мин.

17.05.2023 при первом консультационном осмотре впервые была установлена взаимосвязь появления одышки с обработкой химическими реагентами помещения коровника, где находилась и работала больная около 15 лет назад. Средства индивидуальной защиты работникам не представлялись, а запах реагентов, со слов больной, «чувствовался несколько дней». Также при объективном обследовании больной было установлено отсутствие эмфизематозности грудной клетки, перкуторно — коробочного звука, аускультативно — сухих хрипов и удлиненного выдоха и были обнаружены инспираторные (пневмосклеротические) крепитации в базальных отделах легких. С учетом данных фактов, а также отсутствия у пациентки наследственности по атопии и БА, клинических данных, свидетельствующих об obstructивном синдроме, впервые предположительным диагностическим заключением становится хронический гиперсенситивный пневмонит, осложненный ДН 3-й степени, легочной гипертензией и правожелудочковой хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Диагноз БА представляется маловероятным. *Рекомендовано:* РКТ легких; спирография с бронходилататором; постоянная поточная оксигенация; лекарственная терапия: до результатов дополнительного обследования продолжать в прежней дозе будесонид + формотерол, назначены валсартан 51,4 мг + сакубитрил 48,6 мг по 1 таблетке 2 раза в день под контролем АД, эплеренон 25 мг утром, тора-семид 5 мг утром под контролем диуреза и натрийуреза, аллопуринол 100 мг вечером.

КТ легких (19.05.2023) № 904, 4,3 мзв. *Заключение:* в легочной ткани с обеих сторон определяется диффузное снижение прозрачности по типу матового стекла. Рисунок паренхимы мозаичный: на фоне однородного уплотнения легочной ткани прослеживаются немногочисленные участки обычной воздушности в пределах вторичных легочных долек. По протяжению субсегментарных бронхов S3 сегмента верхней доли справа определяются небольшие участки фиброзной деформации легочной ткани. КТ-картина может соответствовать хроническому течению гиперчувствительного пневмонита. Очаговый пневмофиброз в S3.

На приведенных ниже КТ легких (рис. 1, а, б) наиболее демонстративно выглядит диффузный легочный фиброз в срезах аксиальной проекции.

При выполнении спирометрии от 19.05.2023 (рис. 2) установлен рестриктивный тип нарушения функции внешнего дыхания при отсутствии выраженной бронходилатации при проведении пробы с салбутамолом.

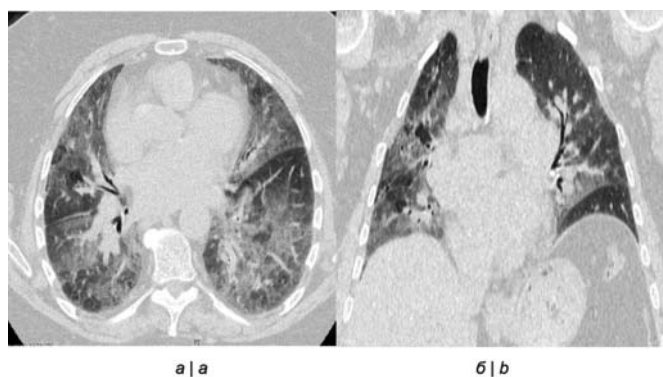


Рис. 1. Срезы КТ-томографии легких больной С: а — аксиальный; б — фронтальный

Fig. 1. CT tomography of the lungs of patient S: a — axial sections; b — frontal sections

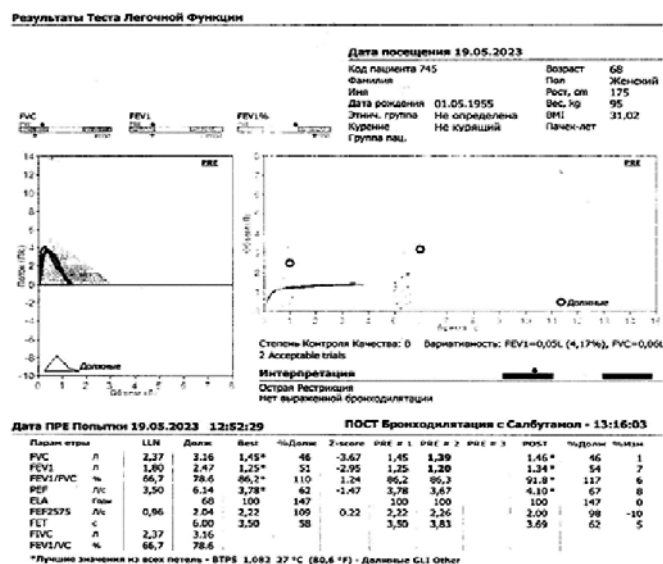


Рис. 2. Спирометрия больной С. от 19.05.2023

Fig. 2. Spirometry of patient S. dated May 19, 2023

При повторном консультационном осмотре (19.05.2023) установлен основной диагноз: хронический гиперчувствительный пневмонит, фибротическая форма, прогрессирующее течение. Осложнение основного заболевания: ДН 3-й степени. Легочная гипертензия (систолический градиент давления на ТК 50 мм рт. ст.). Правожелудочковая ХСН, 4-й ФК.

С учетом прогрессирующего течения основного заболевания и исключения диагноза БА в лечение на 14 дней добавлен метилпреднизолон 24 мг/сут: 12 мг утром, 8 мг в обед и 4 мг вечером с повторной консультацией пульмонолога для решения вопроса о продлении приема системных глюкокортикостероидов (ГКС) и назначения нинтеданиба (антифибротический препарат), цитостатиков; рекомендовано продолжить лечение дыхательной и сердечной недостаточности, гиперурикемии (длительная оксигенотерапия, эплеренон, торасемид, сакубитрил + валсартан, аллопуринол в прежних дозах).

Следует напомнить, что гиперчувствительный пневмонит (ГП) — воспалительное и/или фиброзирующее за-

болевание легочной паренхимы и мелких дыхательных путей, возникающее у предрасположенных лиц в результате иммуноопосредованной реакции на ингаляционные антигены [11]. Ранее это заболевание называлось экзогенным аллергическим альвеолитом.

В настоящее время рекомендуется классифицировать хронический ГП на фибротический и нефибротический в зависимости от преобладающих патологических изменений на высокоразрешающей РКТ легких и/или при гистологическом исследовании биоптатов легочной ткани. Для фибротического ГП рекомендуется указывать наличие или отсутствие прогрессирования, что определяет тактику лечения. Однако до настоящего времени диагностика интерстициальных поражений легких представляет значительные трудности [12], тем более в постковидное время, когда интерстициальный пневмонит нередко является рентгенологическим остаточным признаком перенесенного поражения легких. Так, по данным С.А. Гаман и соавт. [13], в отсроченном периоде (через 6 мес.) после перенесенной вирусной COVID-19-инфекции остаточные изменения легких были выявлены в 84,6% случаев.

В нашем случае диагноз ГП был подтвержден на основании анамнеза (экзогенный ингаляционный агент, отсутствие других бронхолегочных заболеваний и инфекции COVID-19), клинических симптомов (инспираторная одышка, классические пневмосклеротические крепитации на вдохе, нарастающая симптоматика ДН с тахипное, значительное снижение сатурации  $O_2$  крови), данных РКТ легких

За время стационарного лечения, начиная с момента приема метилпреднизолона, пациентка отмечает улучшение состояния: одышка, слабость значительно уменьшились, отеки полностью исчезли. На 25.05.2023 общее состояние больной удовлетворительное. Цианоз значительно уменьшился. В легких дыхание везикулярное, инспираторные (пневмосклеротические) крепитации без динамики. Частота дыхательных движений 17 в минуту.  $PO_2$  без кислорода значительно выросло — до 92%, на увлажненном кислороде — 96%. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Тахикардия уменьшилась до 80 ударов в минуту, АД достигло целевых уровней: 120–125/80–85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендациями продолжить прием метилпреднизолона 4 мг/таб.: в 7.30 — 12 мг, в 11.30 — 8 мг, в 14.30 — 4 мг по 03.06.2023, далее уменьшать дозу по 1/2 таб. (2 мг) каждые 10 дней, начиная с 16.05.2023; в прежних дозах валсартан + сакубитрил под контролем АД, эплеренон, омепразол, аллопуринол, торасемид уменьшить до 2,5 мг утром; постоянная поточная оксигенация; диспансерное наблюдение участкового терапевта, пульмонолога с динамическим контролем лабораторных и инструментальных данных.

## Заключение

Данный клинический пример наглядно демонстрирует наличие врачебной инертности диагностического

поиска при значительном прогрессировании основного заболевания и неэффективности проводимой терапии и необходимость пересмотра клинического диагноза, установленного около 15 лет назад и подтвержденного в специализированном пульмонологическом отделении. При этом в истории болезни отсутствовала информация о весьма вероятном этиологическом факторе, отягощенной наследственности, аллергологическом анамнезе, а также перенесенной COVID-19-инфекции. К сожалению, за рамками диагностического поиска осталась классическая пневмосклеротическая крепитация, давность которой с большой вероятностью составляет около 3 лет с момента получения при РКТ легких типичной картины пневмонита. Установленный к этому моменту времени (2020 г.) уже более 10 лет назад диагноз БА даже при получении данных РКТ легких не привел к пересмотру основного пульмонологического диагноза, и даже в специализированном учреждении был стереотипно подтвержден диагноз БА. Наконец, не представляется возможным объяснить в полной мере прогрессирующее и выраженное нарастание ДН, легочной гипертензии и появление симптоматики правожелудочковой сердечной недостаточности, установленной ранее в диагнозе БА. Также ошибочно установленные диагнозы полисегментарной пневмонии и БА в середине марта 2023 г. объясняют прогрессирующее ухудшение самочувствия больной, и, наоборот, решающее значение в улучшении сыграло назначение ГКС и лечение ДН и ХСН.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

#### ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Приказ Минздрава РФ от 24.01.2003 N 4с «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертензией в Российской Федерации». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated 24.01.2003 No. 4 "On Measures to Improve the Organization of Medical Care for Patients with Arterial Hypertension in the Russian Federation. (In Russian)]. [Electronic resource]. URL: <https://base.garant.ru/4179098/>
2. Федеральный закон от 25.12.2018 № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций». Номер опубликования: 0001201812250098. [Federal Law "On Amendments to Article 40 of the Federal Law "On Compulsory Medical Insurance in the Russian Federation" and the Federal Law "On the Basics of Health Protection of Citizens in the Russian Federation" on Clinical Guidelines"(In Russian)]. Dated 25.12.2018 N 489-FZ. [Electronic resource]. URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_314269/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_314269/)
3. Петров В.И. Клиническое мышление и доказательная медицина. *Медицинское образование и профессиональное развитие*. 2012;1(7):15–32. [Petrov V.I. Clinical thought and evidence-based medicine. *Medical education and professional development*. 2012;1(7):15–32. (In Russian)].
4. Ягода А.В. Руководство по клиническому мышлению. Для начинающих. А. В. Ягода. Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2017:261. ISBN 978-5-89822-514-8. [Yagoda A.V. Guide to clinical thinking. For beginners. Yagoda A.V. Stavropol: Publishing house of StSMU, 2017:261. (In Russian)]. ISBN 978-5-89822-514-8.
5. Тетенев Ф.Ф., Бодрова Т.Н., Калинина О.В. Формирование и развитие клинического мышления – важнейшая задача медицинского образования. *Успехи современного естествознания*. 2008;4:63–65. [Tetenev F.F., Bodrova T.N., Kalinina O.V. Formation and development of clinical thinking is the most important task of medical education. *Successes of modern natural science*. 2008;4:63–65. (In Russian)].]
6. Okonofua E.C., Simpson K.N., Jesri A., Rehman S.U., Durkalski V.L., Egan B.M. Therapeutic inertia is an impediment to achieving the Healthy People 2010 blood pressure control goals. *Hypertension*. 2006;47(3):345–51. DOI: 10.1161/01.HYP.0000200702.76436.4b. Epub 2006 Jan 23. PMID: 16432045
7. Phillips L.S., Branch W.T., Cook C.B., Doyle J.P., El-Kebbi I.M., Gallina D.L., Miller C.D., Ziemer D.C., Barnes C.S. Clinical inertia. *Ann. Intern. Med.* 2001;135(9):825–34. DOI: 10.7326/0003-4819-135-9-200111060-00012. PMID: 11694107
8. Lebeau J.P., Cadwallader J.S., Aubin-Auger I., Mercier A., Pasquet T., Rusch E., Hendrickx K., Vermeire E. The concept and definition of therapeutic inertia in hypertension in primary care: a qualitative systematic review. *BMC Fam. Pract.* 2014;15:130. DOI: 10.1186/1471-2296-15-130. PMID: 24989986; PMCID: PMC4094689
9. Van Bruggen R., Gorter K., Stolk R., Klungel O., Rutten G. Clinical inertia in general practice: widespread and related to the outcome of diabetes care. *Fam. Pract.* 2009;26(6):428–36. DOI: 10.1093/fampra/cmp053. Epub 2009 Sep 3. PMID: 19729401
10. Scherthane, G., Shehadeh N., Ametov A.S. et al. Worldwide inertia to the use of cardiorenal protective glucose-lowering drugs (SGLT2i and GLP-1 RA) in high-risk patients with type 2 diabetes. *Cardiovasc. Diabetol* 2020;19:185. DOI: 10.1186/s12933-020-01154-w
11. Milani R.V., Lavie C.J., Wilt J.K., Bober R.M., Ventura H.O. New Concepts in Hypertension Management: A Population-Based Perspective. *Prog. Cardiovasc. Dis.* 2016;59(3):289–294. DOI: 10.1016/j.pcad.2016.09.005. Epub 2016 Sep 30. PMID: 27693860
12. Клинические рекомендации. Гиперчувствительный пневмонит. Год утверждения: 2022. Разработчик клинической рекомендации: Российское Респираторное Общество. 56 с. [Clinical recommendations. Hypersensitive pneumonitis. Year of approval: 2022. Developer of the clinical recommendation: Russian Respiratory Society. 56 p.(In Russian)]. [Electronic resource]. URL: [https://spulmo.ru/upload/kr/GP\\_2022.pdf](https://spulmo.ru/upload/kr/GP_2022.pdf)
13. Бородулина Е.А., Яковлева Е.В., Бородулина Э.В. Характеристика пациентов с диссеминированными заболеваниями легких в отделении реанимации и интенсивной терапии. *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2018;6(2):252–258. DOI:10.23888/HMJ201862252-258. [Borodulina EA, Yakovleva EV, Borodulina EV. Characteristics of patients with disseminated lung diseases in the intensive therapy unit. *Science of the young (Eruditio Juvenium)*. 2018;6(2):252–58. (In Russian)]. DOI: 10.23888/HMJ
14. Гаман С.А., Терновой С.К., Поросова Н.В., Веселова Т.Н., Белькинд М.Б. Отсроченная КТ легких у пациентов, перенесших COVID-19 пневмонию. *REJR*, 2021;11(1):8–14. [Gaman S.A., Ternovoy S.K., Pogossova N.V., Veselova T.N., Belkind M.B. Delayed CT of the lungs in patients with COVID-19 pneumonia. *REJR*. 2021;11(1):8–14. (In Russian)]. DOI: 10.21569/2222-7415-2021-11-1-8-14

Поступила 21.07.2023

Принята в печать 26.09.2023

#### Информация об авторе/Information about author

Якушин Сергей Степанович — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, <https://orcid.org/0000-0002-1394-3791>

Sergey S. Yakushin — Doctor of Medical Sciences, professor, head of the Department of hospital therapy with a course of medical and social expertise, Ryazan State Medical University of the Ministry of Healthcare of Russia, <https://orcid.org/0000-0002-1394-3791>