

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ВЫЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ

А. В. ПАВЛУНИН, М. А. ШАРАФУТДИНОВА, С. Б. БОРИСОВА, Р. Ф. МИШАНОВ, Е. В. МЕДОВАРОВ

PROBLEMS IN ORGANIZING THE DETECTION AND DIAGNOSIS OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN THE GENERAL HEALTHCARE NETWORK

A. V. PAVLUNIN, M. A. SHARAFUTDINOVA, S. B. BORISOVA, R. F. MISHANOV, E. V. MEDOVAROV

Нижегородская государственная медицинская академия

На основе анализа 360 историй болезни выявлены причины несвоевременной и поздней диагностики туберкулеза легких в учреждениях общей лечебной сети. Основными причинами несвоевременной и поздней диагностики явились: снижение настороженности в отношении заболевания туберкулезом легких среди населения и врачей, недооценка клинико-anamnestических данных, запоздалое и неполноценное рентгенологическое обследование, нарушение требований приказов МЗ РФ № 109 и 690 в части выявления туберкулеза методом прямой микроскопии, низкое качество исследования мокроты на кислотоустойчивые микобактерии в общей лечебной сети. В заключении указаны пути устранения недостатков, использование которых будет способствовать своевременному выявлению туберкулеза органов дыхания.

Ключевые слова: туберкулез, легкие, выявление, диагностика, лечебная сеть.

Analyzing 360 case histories revealed the reasons for the untimely and late diagnosis of pulmonary tuberculosis in the general healthcare network facilities. The main reasons for its untimely and late diagnosis were lower alertness to pulmonary tuberculosis among the population and physicians; underestimation of clinicoanamnestic data; delayed and inadequate X-ray examination; violation of the requirements of Orders Nos. 109 and 690 by the Ministry of Health of the Russian Federation for the detection of tuberculosis by direct microscopy; low quality of sputum tests for acid-resistant mycobacteria in the general healthcare network. In conclusion, there are ways to remove shortcomings, the use of which will contribute to the timely detection of pulmonary tuberculosis.

Key words: tuberculosis, lung, detection, diagnosis, healthcare network.

Несмотря на положительную динамику эпидемической ситуации по туберкулезу в РФ в течение последних 5 лет, она все еще остается напряженной и неоднородной [1].

Основной причиной распространения деструктивного туберкулеза является позднее выявление туберкулеза легких при обращении больных в лечебные учреждения с клиническими проявлениями заболевания [6, 7]. В связи с этим своевременное выявление больных туберкулезом необходимо рассматривать как определяющий фактор оздоровления эпидемической обстановки по туберкулезу, опережающий появление бактерио-выделения и деструкции легочной ткани.

В 2009-2011 гг. в Нижегородской области впервые выявлено 6 745 больных туберкулезом органов дыхания (из них 6 396 – туберкулезом легких). Охват населения области профилактическими осмотрами и выявляемость при профосмотрах оставались стабильными (53,6-55,3-55,8% в 2009-2011 гг. соответственно), но ниже общероссийских (62,5 и 64,4% в 2009 и 2011 г. соответственно) [5]. Доли больных, выявленных при профосмотрах в регионе и РФ в рассматриваемый период времени, существенно не различались

(61,2 и 60,3% в области и 61,5 и 60,0% в РФ соответственно в 2009 и 2011 г.) [5]. В регионе стабильно высокими остаются доля впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания с деструкцией легочной ткани (54,4-56,7-54,1% в 2009-2011 гг.) и число впервые выявленных больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом (6,5-5,2-2,7%) [5]. Неполный охват населения профилактическими осмотрами приводит к недо-выявлению больных туберкулезом и увеличению доли больных туберкулезом легких, обратившихся в лечебные учреждения с клиническими проявлениями заболевания. Кроме того, о неблагоприятной ситуации со своевременным выявлением туберкулеза в Нижегородской области косвенно свидетельствуют высокие цифры по-смертной диагностики туберкулеза [5].

Исследователи отмечают, что за последние годы число ошибок в диагностике туберкулеза в учреждениях общей лечебной сети (ОЛС) существенно не меняется [3]. Ошибки диагностики связаны с невыполнением стандартов обследования на туберкулез, недостаточной квалификацией врачей ОЛС в области выявления туберкулеза, плохой интеграцией врачей общей

практики и фтизиатров, отсутствием конструктивного взаимодействия между ними [2].

Цель исследования – установить причины несвоевременного и позднего выявления больных легочным туберкулезом и наметить пути их устранения.

Материалы и методы

Ретроспективному анализу подвергнуты истории заболевания 360 впервые выявленных больных туберкулезом легких, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении легочного туберкулеза Нижегородского областного клинического противотуберкулезного диспансера с 2009 по 2011 г. Проанализированы данные первичной медицинской документации (формы № 003/у, № 025/у-87, № 027/у). Анализ качества микроскопических исследований проводили на основании результатов ежегодных кураторских проверок в 79 клиничко-диагностических лабораториях (КДЛ) учреждений ОЛС региона и по данным учетных форм № 01-ТБ/у, № 03-ТБ/у, № 04-1-ТБ/у, № 04-2-ТБ/у.

Больные разделены на группы своевременно, несвоевременно и поздно выявленных в соответствии с методическими рекомендациями МЗ и СР России № 5589-РХ от 20 июля 2007 г. [4].

Результаты и обсуждение

Значительно чаще туберкулез органов дыхания диагностирован у мужчин, чем у женщин (235 и 125 соответственно). В структуре клинических форм туберкулеза органов дыхания у 335 (93,1%) больных преобладали распространенные и деструктивные процессы (рис.).

У большинства больных зарегистрировано несвоевременное и позднее выявление туберкулеза (у 311 и 24 больных соответственно), своевременно туберкулез легких выявлен только у 25 человек. За анализируемые 3 года доля несвоевременно и поздно выявленных не имела тенденции к уменьшению (табл.).

Среди 335 больных, выявленных несвоевременно и поздно, преобладали мужчины – 214 (68,2%) человек. Большинство из них (90,5%) – люди работоспособного возраста от 20 до 60 лет. В возрасте моложе 20 лет было 11 (3,3%) человек,

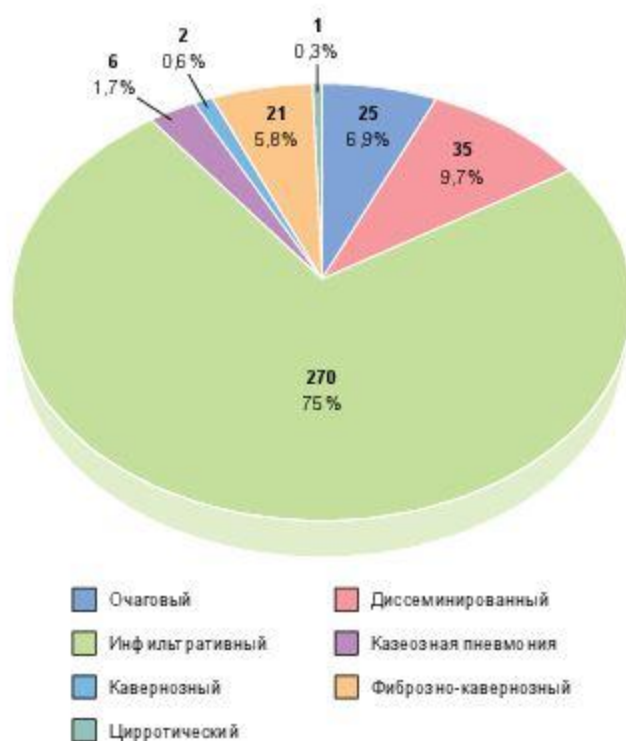


Рис. Структура клинических форм туберкулеза органов дыхания у впервые выявленных больных (2009-2011 гг.)

от 20 до 40 лет – 183 (54,6%), от 41 года до 60 лет – 120 (35,8%), старше 60 лет – 21 (6,3%).

До госпитализации 159 (47,5%) больных работали, безработных трудоспособного возраста было 131 (39,1%), инвалидов – 26 (7,8%), пенсионеров – 14 (4,2%), учащихся – 5 (1,5%).

Обращает на себя внимание высокий процент несвоевременно и поздно выявленных случаев туберкулеза легких у категории неработающих трудоспособного возраста. Чаще всего это лица, не желающие работать, которых устраивает их образ жизни, в большинстве своем злоупотребляющие алкоголем (76%) и побывавшие в местах лишения свободы (35%), многие – неоднократно.

Преобладала инфильтративная форма туберкулеза (270 больных – 80,6%). Диссеминированный туберкулез легких выявлен у 35 (10,4%) пациентов, фиброзно-кавернозный – у 21 (6,3%), кавернозный – у 2 (0,6%), казеозная пневмония – у 6 (1,8%), цирротический туберкулез – у 1 (0,3%).

Таблица

Сроки выявления больных туберкулезом легких

Впервые выявленные больные	Своевременно	Несвоевременно	Поздно	Всего
2009 год	5 (3,9%)	111 (36,7%)	12 (9,4%)	128
2010 год	3 (2,5%)	111 (93,3%)	5 (4,2%)	119
2011 год	17 (15,0%)	89 (78,8%)	7 (6,2%)	113
Всего	25 (6,9%)	311 (86,4%)	24 (6,7%)	360

Все 335 несвоевременно и поздно выявленных больных до направления в противотуберкулезные учреждения находились на лечении у терапевтов, пульмонологов, хирургов с различными диагнозами в стационарных или амбулаторных условиях в сроки от 2 до 10 нед.

Спектр направительных диагнозов был достаточно широк, но в большей части – подозрение на туберкулез легких (у 173 – 51,6%). Сто (29,9%) больных были направлены в противотуберкулезный диспансер (ПТД) с диагнозом острой пневмонии, 39 (11,6%) – рака легкого, 6 (1,8%) – острого и хронического бронхита, 4 (1,2%) – острого респираторного заболевания, 4 (1,2%) – плеврита неясной этиологии. У 9 (2,7%) больных ошибочно выставляли диагноз ангины, бронхиальной астмы, канцероматоза, кисты легкого, лимфогранулематоза, саркоидоза.

Срок от первичного обращения к врачу ОЛС до направления в ПТД при предварительном диагнозе пневмонии составил 34,9 дня, рака легкого – 69,3 дня, бронхита – 19,5 дня, ОРЗ – 10,5 дня, плеврита – 28,3 дня, туберкулеза легких – 32,1 дня, других заболеваний – 34,8 дня. Сроки от первичного обращения больного к врачу ОЛС до установления клинического диагноза туберкулеза были значительно больше. У больных с первоначальным диагнозом пневмонии он составил 42,9 дня, рака легкого – 105,8 дня, бронхита – 19,7 дня, ОРЗ – 11,0 дня, плеврита – 31,3 дня.

Основными причинами несвоевременного и позднего обнаружения туберкулеза легких были атипичность клинического проявления заболевания, невнимательное отношение больных к своему здоровью, а также снижение фтизиатрической настороженности врачей ОЛС. У 23 (6,9%) больных клинические проявления и характер течения туберкулеза напоминали хроническое неспецифическое заболевание легких, у 155 (46,3%) заболевание протекало с маловыраженной клинической картиной, а 86 (26,6%) человек, несмотря на кашель с мокротой, плохой аппетит, субфебрилитет, снижение массы тела, не обращались к врачу, ссылаясь на нехватку времени и не считая эти симптомы патологическими; 25 (7,5%) человек при уже выявленных изменениях в легких не являлись на дообследование длительный период времени – от 2,5 мес. до 3 лет. В течение последних двух лет в лечебно-профилактические учреждения не обращались 134 (40,0%) человека.

Одними из причин несвоевременной и поздней диагностики явились неполнота и недооценка данных анамнеза. Так, у 27 (8,1%) пациентов врачами ОЛС при сборе анамнеза не выявлен контакт с больным туберкулезом. Не получило должной оценки наличие симптомов интоксикации задолго до обращения за медицинской помощью у 51 (15,2%) больного.

Среди причин несвоевременного выявления больных туберкулезом легких после обращения за медицинской помощью одной из основных являлось невыполнение качественного рентгенологического и микробиологического исследования на туберкулез.

О недооценке важности рентгенологического метода диагностики туберкулеза легких свидетельствует его позднее применение. Так, у 25 (7,5%) человек рентгенологическое исследование проведено не при обращении к врачу, а только после отсутствия эффекта от проводимого лечения. У 2 (0,6%) пациентов рентгенологическое обследование в учреждениях ОЛС вообще не проводилось и впервые было выполнено лишь в поликлинике ПТД.

Несмотря на то что у остальных 308 (91,9%) человек рентгенологическое обследование в ОЛС было выполнено, только у 199 из них (56,1%) удалось сравнительно рано выявить патологические изменения в легких, заподозрить специфический характер заболевания и относительно быстро установить диагноз туберкулеза. Среди больных, обследованных рентгенологически в ОЛС, в течение первой недели после обращения к врачу диагноз туберкулеза установлен у 95 (30,8%) человек, на 2-й неделе – у 64 (20,8%), на 3-й – у 40 (13,0%). У остальных 109 больных диагноз туберкулеза был установлен в более поздние сроки: на 4-й неделе – у 27 (8,8%), на 5-й – у 20 (6,5%), на 6-й – у 10 (3,2%), на 7-й неделе и позже – у 52 (16,9%).

Из 335 больных с несвоевременно и поздно выявленными случаями туберкулеза легких к группам риска относились 227 (67,8%) человек, которые должны были обследоваться флюорографически ежегодно. Из них три четверти имели сопутствующие заболевания, способствующие возникновению туберкулеза, в том числе 92 человека имели хронические заболевания легких, у 18 – в анамнезе была язвенная болезнь желудка, 12 человек были больны сахарным диабетом, 44 пациента состояли на учете в психоневрологическом диспансере. Из этой группы ежегодные профилактические осмотры проходили только 98 (43,2%) человек.

Следует отметить, что среди всех больных, находившихся на лечении в областном ПТД в 2009-2011 гг., доля выявленных при обследовании в группах риска составляла по годам соответственно 27,2-27,8-36,4%. Несмотря на увеличение, данный показатель остается недостаточным и свидетельствует о некачественном обследовании в ОЛС групп риска на туберкулез, неэффективном выявлении этих больных, отсутствии полного и качественного полицейского учета.

В течение одного года были обследованы флюорографически 208 (62,1%) из 335 человек. Доля лиц, не обследованных 2 года и более, составила 6,9% (индикатор менее 5% [1]).

В последние годы в России уделяется повышенное внимание выявлению наиболее эпидемически опасных больных туберкулезом легких с помощью метода микроскопии мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ), однако процент обнаружения КУМ в учреждениях ОЛС остается очень низким. Так, в 2009 г. бактериовыделение методом микроскопии в лечебно-профилактических учреждениях ОЛС Российской Федерации было обнаружено только у 16% больных [1].

Как известно, наиболее важное значение имеет обнаружение микобактерий туберкулеза (МБТ) у впервые выявленных больных. Среди наших больных микроскопическая диагностика мокроты на КУМ в ОЛС проводилась всего у 226 (67,5%) из 335 человек. При этом из 166 больных, предъявлявших жалобы на кашель с выделением мокроты, исследование мокроты было проведено только 101 (60,8%) больному, как правило, при отсутствии эффекта от лечения, т. е. на 4-8-й неделе от начала заболевания. Трехкратное обследование было выполнено только у 81 (24,2%) человека. Кратность обследования с помощью метода микроскопии мокроты ежегодно колебалась от 2,0 до 2,4, что не соответствует нормативному целевому показателю (3,0).

КУМ были выявлены только у 59 (26,1%) из 226 больных, обследованных микроскопически в КДЛ ОЛС, в то время как при обследовании в областном ПТД при первом же микроскопическом обследовании КУМ в мокроте были обнаружены у 85,4% больных.

В целом по Нижегородской области в учреждениях ОЛС методом бактериоскопии по Цилю – Нельсону за 2009-2011 гг. выявлено соответственно 14,7-13,1-17,9% больных с бактериовыделением [5]. Показатель остается значительно ниже нормативного уровня (70%) [1], что обусловлено ошибками сбора и исследования материала.

В учреждениях ОЛС, по результатам проверок системы внешней оценки качества микробиологических исследований на туберкулез, остается низким уровень качества микроскопии мазков мокроты. Так, в 2010 г. неудовлетворительное выполнение микроскопических исследований по диагностике туберкулеза в лечебно-профилактических учреждениях Нижегородской области отмечено в 3% КДЛ ОЛС. Серьезные нарушения выявлены в 21% лабораторий, существенные отклонения – в 37,3%. Только в 38,7% КДЛ микроскопические исследования были выполнены в соответствии с нормативными требованиями. Неудовлетворительное приготовление мазков на КУМ зарегистрировано в 7,2% лабораторий, серьезные нарушения отмечены в 56,1%, существенные отклонения – в 11,8%. Только в 24,8% КДЛ приготовленные мазки соответствовали нормативным требованиям. Такая же ситуация отмечена и при

окраске препаратов на КУМ. Неудовлетворительное качество окраски отмечено в 10,7% проверенных КДЛ, серьезные нарушения выявлены в 43%, достаточные отклонения – в 20%. В соответствии с нормативными требованиями препараты окрашены только в 26,3% лабораторий. Нарушение сроков обследования пациентов на туберкулез методом микроскопии выявлено в 7,1-8,9% случаев. По результатам выборочных плановых проверок установлено, что в ряде лечебных учреждений области целевое оборудование используется не с полной нагрузкой или не по назначению, врачами и лаборантами КДЛ ОЛС нарушаются требования приказов Министерства здравоохранения РФ № 109 и № 690 в части выявления туберкулеза методом прямой микроскопии. Все это свидетельствует о низком качестве исследования мокроты в ОЛС, между тем как мониторинг бактериовыделения очень важен для ускорения диагностики туберкулеза, прерывания эпидемической цепочки за счет изоляции бактериовыделителя, своевременного проведения противоэпидемических мероприятий в очаге туберкулезной инфекции и профилактики контактных лиц. Приведенные цифры показывают, что в учреждениях ОЛС имеются определенные организационные проблемы:

1. Не выполняются приказы Минздрава РФ по выявлению бактериовыделителей, недостаточно отрегулирован поток лиц на исследование методом микроскопии мокроты на КУМ от терапевтов, пульмонологов, хирургов и др.

2. Кратность обследования больных в ОЛС методом микроскопии на КУМ остается недостаточной.

3. Нарушается техника приготовления, окраски, микроскопии мазка.

Заключение

Проведенный анализ показывает, что нерациональная организация диагностического процесса (неполный охват населения профилактическими осмотрами, недостаточно активное обследование больных в группах риска, несоблюдение требований нормативных актов по исследованию мокроты методом микроскопии на КУМ, несоблюдение кратности обследования больных в ОЛС методом микроскопии на КУМ и др.), а также низкая информированность населения о значимости прохождения профилактического флюорографического обследования и о первых симптомах туберкулеза способствует увеличению числа больных, длительно не обращающихся за медицинской помощью даже при наличии клинических проявлений заболевания, и ведет к несвоевременной и поздней диагностике туберкулеза легких.

Вместе с тем имеются неиспользованные возможности для своевременного выявления туберкулеза у больных, обратившихся за меди-

цинской помощью в ОЛС. С нашей точки зрения, необходимо:

1. С помощью средств массовой информации активизировать просветительскую работу среди населения.

2. С учетом сохраняющейся в настоящее время неблагоприятной эпидемической обстановки по туберкулезу необходимо повысить фтизиатрическую настороженность врачей, в первую очередь терапевтов и врачей общей практики. Следует активизировать работу с администрациями муниципальных образований, поскольку ответственность за организацию профилактики и выявления туберкулеза возложена на муниципальные органы власти.

3. Сохранить профилактическое флюорографическое обследование в качестве основного метода активного выявления патологии легких, в том числе туберкулеза легких. Увеличить охват населения флюорографическим обследованием, повысить контроль за прохождением профилактических осмотров групп повышенного риска по туберкулезу, особенно лиц, находящихся в контакте с больными туберкулезом. Согласно приоритетному национальному проекту «Здоровье», охват профилактическими осмотрами должен быть не менее 74%.

4. Рентгенологическое обследование больных, обратившихся за медицинской помощью в связи с заболеваниями органов дыхания, проводить своевременно до начала лечения и после его окончания для определения динамики и дальнейшей тактики ведения больного.

5. Уделить особое внимание проблемам микроскопической диагностики в ОЛС, повысить кратность проведения микроскопии мазка на КУМ, улучшить качество выполнения исследований.

6. Обследовать не только лиц с хроническими заболеваниями органов дыхания, но и кашляющих более 2 нед., лиц с длительным субфебрилитетом, кровохарканьем. Исследование мокроты на КУМ проводить не только всем больным с воспалительными заболеваниями легочной ткани, но и дифференциально-диагностическим пациентам пульмонологического профиля, лицам, подлежащим рентгенологическому дообследованию.

Можно полагать, что регулярные профилактические осмотры, строгое выполнение обязательного диагностического минимума клинического обследования на туберкулез, полный и качественный полицейский учет и ответственное формиро-

вание групп риска по туберкулезу, учет и первоочередное обследование лиц, не обследованных более 2 лет, квалифицированное микробиологическое исследование мокроты, ответственное отношение населения к своему здоровью приведут к уменьшению числа несвоевременно и поздно выявленных больных туберкулезом легких.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богородская Е. М., Смердин С. В., Стерликов С. А. Организационные аспекты лечения больных туберкулезом в современных социально-экономических условиях. – М.: НБЮ ТЕРРА, 2011. – 216 с.
2. Демикова О. В., Якимова М. А., Карпина Н. Л. Проблемы организации и диагностики туберкулеза в учреждениях первичной медико-санитарной помощи // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом: Матер. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – СПб., 2010. – С. 37-38.
3. Литвинов В. И., Сельцовский П. П., Рыбка Л. Н. и др. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу и организация противотуберкулезной помощи населению Москвы (2008 г.). – М.: МНПЦБТ, 2009. – 149 с.
4. Организация выявления больных туберкулезом в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях: Методические рекомендации МЗСР России № 5589-РХ от 20 июля 2007 г. – М., 2007. – 29 с.
5. Туберкулез в Российской Федерации 2011 г.: Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире. – М., 2013. – 280 с.
6. Фтизиатрия: Национальное руководство / под ред. акад. РАМН М. И. Перельмана. – М., 2007. – 512 с.
7. Цыбикова Э. Б. Эпидемиология туберкулеза легких с деструкцией легочной ткани в России в первом 10-летии XXI в. // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом: Матер. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – СПб., 2010. – С. 81-83.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Павлушин Александр Васильевич

Нижегородская государственная медицинская академия,
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой туберкулеза,
603950, ГСП-470, г. Нижний Новгород,
пл. Митина и Пожарского, д. 10/1.
Тел. 8 (831) 432-85-92.
E-mail: pavluminav@yandex.ru

Поступила 26.10.2013