

СОСТАВ БОЛЬНЫХ, НАПРАВЛЯЕМЫХ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА

Р. Ш. ВАЛИЕВ¹, А. Р. ВАЛИЕВ², Н. Р. ЗАКИРОВА¹

¹ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Казань

²ГАОУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер» МЗ РТ, г. Казань

Цель исследования: изучить состав больных, направляемых с подозрением на туберкулез в дифференциально-диагностическое отделение противотуберкулезного диспансера.

Материалы и методы. Проанализированы медицинские документы 990 больных, госпитализированных в 2012-2014 гг. с подозрением на туберкулез в диагностическое отделение противотуберкулезного диспансера.

Результаты. У 506 (51,1%) больных из 990 диагноз активного туберкулеза был исключен. Среди этих больных в 29,4% случаев была пневмония или другие воспалительные заболевания, в 18,9% – посттуберкулезные изменения, в 12,7% – рак легких, в 6,5% – саркоидоз органов дыхания. Проанализированы сроки диагностики для каждой нозологии без применения инвазивных методов получения диагностического материала.

Ключевые слова: дифференциальная диагностика, туберкулез, саркоидоз, рак легкого, пневмония, противотуберкулезный диспансер.

THE STRUCTURE OF PATIENTS REFERRED TO THE DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC DEPARTMENT OF TB DISPENSARY

R. SH. VALIEV¹, A. R. VALIEV², N. R. ZAKIROVA¹

¹Kazan State Medical Academy, Kazan, Russia

²Republican Clinical TB Dispensary, Kazan, Russia

Goal of the study: to investigate the structure of patients referred with the suspicion of tuberculosis to the differential diagnostics department of TB dispensary.

Materials and methods. The analysis included investigation of medical documents of 990 patients admitted to the hospital in 2012-2014 with the suspicion of tuberculosis to the diagnostic department of TB dispensary.

Results. No active tuberculosis had been confirmed in 506 (51.1%) patients out of 990. Out of those patients 29.4% of cases had pneumonia or other inflammatory disease, in 18.9% – post-tuberculous changes, 12.7% – lung cancer, 6.5% – respiratory tuberculosis. The time of diagnosis for each nosology without invasive methods of sample obtaining was analyzed.

Key words: differential diagnostics, tuberculosis, sarcoidosis, lung cancer, pneumonia, TB dispensary.

В условиях экономической нестабильности большое значение приобретает рациональное использование финансовых средств, выделяемых на оказание противотуберкулезной помощи, в том числе на стационарное лечение. Ранее мы уже рассматривали этот вопрос и сформулировали показания к дифференцированному подходу при стационарном лечении больных активным туберкулезом с различной распространенностью деструктивных изменений в легких, позволяющему оптимизировать расходы [2]. В связи с недостаточной эффективностью лечебно-диагностических мероприятий в общей лечебной сети довольно часто в диагностические отделения противотуберкулезных диспансеров (ПТД) госпитализируются больные с подозрением на туберкулез, у которых устанавливается нетуберкулезная этиология заболевания при проведении дифференциальной диагностики [4]. Необходимо указать, что направление сложных диагностических больных из общей лечебной сети не в пульмонологические, а во фтизиатрические учрежде-

ния, возможно, свидетельствует о недостаточном доверии пульмонологом или является следствием выполнения приказа МЗ № 932 «12. Для проведения дополнительных обследований... в ПТД в 3-дневный срок направляются больные, у которых выявлены следующие симптомы при лучевой диагностике органов грудной клетки: очаговые тени, ограниченные затемнения легочной ткани (участки инфильтрации), округлые и полостные образования, диссеминация, расширение тени средостения и корней легких, плевральный выпот, распространенный и ограниченный фиброз и другие изменения».

В части случаев это неэффективно леченные больные с внебольничной пневмонией [1, 3]. С точки зрения формирования образовательных программ для врачей общей лечебной сети и поиска путей оптимизации диагностического процесса актуально исследование контингента пациентов, поступающих в диагностические отделения ПТД, и сроков установления им правильного диагноза.

Материалы и методы

Проведен анализ историй болезни 990 больных в возрасте 18-84 лет, госпитализированных в дифференциально-диагностическое отделение Республиканского клинического противотуберкулезного диспансера МЗ Республики Татарстан (РКПТД) в 2012-2014 гг. с подозрением на активный туберкулез. В отделение поступают больные без бактериовыделения с клинико-рентгенологической картиной, похожей на туберкулез, из ПТД или переводятся из общесоматических стационаров.

Проведена статистическая обработка материалов с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования

Анализ показал, что из 990 больных диагноз активного туберкулеза подтвержден у 484 пациентов, при этом за 3 года их доля не менялась и составила 48,9-56,4% от поступивших за год. Все они прошли обследование и лечение в соответствии с общепринятыми методами. После подтверждения диагноза активного туберкулеза легких эти пациенты переводились для лечения в другие подразделения РКПТД или по месту жительства.

506 (51,1%) больных из 990 выписаны с другими диагнозами. Наибольшее число из них – 164 (32,4%) из 506 – составили пациенты, у которых после проведения углубленного клинико-рентгенолабораторного обследования, включавшего рентгенокомпьютерную томографию (РКТ), бактериологическое, бронхологическое обследования, диагноз активного туберкулеза или другого заболевания не установлен, им потребовался перевод в другие лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) для гистологической верификации нетуберкулезного заболевания. Обращает на себя внимание увеличение доли таких пациентов с 11,7% в 2012 г. до 20,2% в 2014 г. ($p < 0,05$), что свидетельствует о стремлении врачей РКПТД установить диагноз по требованиям доказательной медицины. С другой стороны, перевод в другие ЛПУ при наличии отделения торакальной хирургии в РКПТД свидетельствует о недостаточной квалификации хирургов по проведению видеоторакоскопических операций как наименее травматичных в целях получения резекционного материала для микробиологического и патоморфологического исследований.

Следующая по частоте группа – 149 (29,4%) из 506 больных, у которых в процессе дифференциальной диагностики был установлен диагноз пневмонии или других неспецифических воспалительных заболеваний бронхолегочной системы, их доля за 3 года увеличилась с 11,7 до 17,1% среди госпитализированных за год. Они были выписаны из РКПТД не только после установления диагноза, но и потребовавшейся для подтверждения диагноза эффективной терапии, хотя до этого в общей

лечебной сети такие попытки были безуспешны (при отсутствии рентгенологической динамики больные были направлены в ПТД). Причин тому может быть несколько, в их числе амбулаторное лечение, неудачные схемы лечения, использование антибиотиков-дженериков, качество которых не всегда соответствует оригинальным препаратам, квалификация врачей. Средняя длительность пребывания на койке составила в этой группе 16,9 дня и имеет тенденцию к уменьшению за указанный период с 19,2 до 15,2 ($p < 0,05$) дня. В 30,8% случаев диагноз был установлен в среднем в течение 10 дней пребывания в стационаре, при этом за 3 года отмечается увеличение доли таких пациентов с 26,2 до 38,8% ($p < 0,05$). У 42,3% больных диагноз установлен в течение 11-21 дня. В остальных случаях лечебно-диагностический процесс занял более длительное время, т. е. по формальным признакам больные не должны были уже состоять в ОБ группе учета. И хотя за изученный период их доля сократилась с 33,3 до 20,4% ($p < 0,05$) среди обследованных больных пневмонией, подтверждается положение о том, что длительность наблюдения в ОБ группе 21 день, установленная нормативными документами, недостаточна на сегодняшний день для установления диагноза практически у $1/5$ больных. Анализ возрастного состава поступивших больных не выявил значительных различий в обследованных группах. Обращает на себя внимание только тот факт, что среди выписанных больных в возрасте 70 лет и старше, которых было 20 (13,4%) из 149 пациентов с воспалительными заболеваниями бронхолегочной системы, больше половины составили пациенты с метапневмоническим пневмосклерозом. Необходимость направления на госпитализацию для дифференциальной диагностики таких пациентов без веских оснований с отрывом от привычного уклада жизни вызывает сомнения.

У 64 (12,6%) из 506 больных был выявлен рак легких, доля которых по годам среди диагностических больных оказалась относительно стабильной, при этом среди них стало больше жителей села в 1,5 раза – с 25 до 38,9% ($p < 0,01$), доля пенсионеров увеличилась в 1,7 раза ($p < 0,01$), а доля работающего населения сократилась в 3 раза ($p < 0,001$). Средний срок пребывания в стационаре составил 13,7 дня и имеет тенденцию к сокращению. Диагноз рака был выставлен в 54,9% случаев в течение первых 10 дней госпитализации, в 28,1% – в течение 11-21 дня, у остальных 17% – на более поздних сроках. Установлено, что в возрасте до 30 лет рак выявлен всего в 2 случаях, в возрасте 30-39 лет больных не было, в возрасте 40-49 лет было 12,5% случаев, 50-59 лет – 31,2%, 60-69 лет – 32,8%, 70 лет и старше – 20,4%. Можно констатировать, что 84,4% больных раком имеют возраст старше 50 лет, в отличие от заболевших туберкулезом, и это необходимо учитывать при проведении дифференциальной диагностики.

У 68 (13,5%) пациентов из 506 в процессе обследования был установлен диагноз туберкулеза сомнительной активности, несмотря на использование РКТ, иммунологических проб и ПЦР-диагностики, от хирургических диагностических вмешательств они отказались или у них были противопоказания. Эти пациенты были выписаны для амбулаторной пробной химиотерапии.

27 (5,3%) человек из 506 выписаны с диагнозом: спонтанно излеченный неактивный туберкулез, т. е. посттуберкулезные изменения, что свидетельствует о необходимости более тщательного обследования на амбулаторном этапе в ПТД. Мужчин среди них было 70,3%, жителей города – 77,7%. Работающие составили 40,6%, неработающие и пенсионеры – по 29,7%. Средняя длительность пребывания в стационаре РКПТД при такой патологии составила 36,3 койко-дня и сократилась за 3 года с 39,2 до 17,0 дня. Из них с подозрением на активный туберкулез были направлены 44,4% пациента, с диагнозом туберкулеза сомнительной активности – 37,1%, диагноз активного туберкулеза легких без бактериовыделения имели 15,5%. Отсутствие данных за активный туберкулез установлено у 14 (51,8%) из 27 больных в течение 1 мес., у 3 (11,1%) – в течение 2 мес., у остальных сроки пребывания в стационаре составили до 3 мес. Учитывая, что почти половина из них были работающие, необходимо более быстрое решение вопроса об активности туберкулеза в условиях стационара в необходимых случаях, но можно проводить пробную терапию таким пациентам без отрыва от работы в амбулаторных условиях.

Диагноз саркоидоза на основании клинико-рентгенологических и других данных установлен у 33 человек. Мужчин было 19 (57,6%), женщин – 14 (42,4%); жителей города – 87,9%, работали – 72,7% пациентов, не работали – 15,2%, остальные пенсионеры – 12,1%. Среди больных саркоидозом 42,4% были в возрастной группе 50-59 лет, по остальным взрослым возрастным группам больные распределялись равномерно. У 84,8% больных выявлен саркоидоз легких, у 12,2% – саркоидоз внутригрудных лимфоузлов и только у 1 (3,0%) пациента был саркоидоз легких и внутригрудных лимфоузлов. Учитывая, что для вторичных форм туберкулеза при отсутствии ВИЧ-инфекции и иных видов иммуносупрессии поражение лимфоузлов нетипично, такие пациенты после установления отсутствия бактериовыделения могут быть амбулаторно консультированы пульмонологами, специалистами по саркоидозу. Доля больных саркоидозом уменьшилась в структуре госпитализированных в РКПТД больных с 4,7% в 2012 г. до 1% в 2014 г. Это связано с тем, что в связи с отсутствием в ПТД врачей-эндоскопистов, владеющих методами получения биопсии легочной ткани и лимфатических узлов средостения, пациенты направляются на видеоассистированную торакоскопическую резекцию (ВАТС-резекцию) в целях

получения материала для гистологической верификации диагноза в другие лечебные учреждения, чаще всего в онкологический диспансер. В РКПТД средняя длительность пребывания больных саркоидозом на койке составила 12,7 дня и за исследуемый период уменьшилась с 15,4 до 9,3 дня. Диагноз саркоидоза на основании клинико-рентгенологических и лабораторных данных в 48,5% случаев был установлен в период до 10 дней пребывания в стационаре, в 30,3% – за 11-21 день, в остальных случаях (15,2%) потребовался более длительный срок. Проведение диагностических операций, даже наименее травматичных из них (ВАТС-резекций), является финансово-затратным, не считая того, что операция является травмирующим фактором для больного, могут быть осложнения, наступает временная потеря трудоспособности, после операции имеется заращение плевральной полости и возможно снижение функции внешнего дыхания. Более целесообразным является развитие бронхологической службы, позволяющей у большинства больных получать диагностический материал даже в амбулаторных условиях.

Выводы

1. В стационар РКПТД для дифференциальной диагностики в половине случаев направляются больные с нетуберкулезными заболеваниями, что свидетельствует о недостаточной подготовке врачей общей лечебной сети и врачей-фтизиатров амбулаторного приема и требует усиления среди них образовательной работы по пульмонологии и дифференциальной диагностике туберкулеза.
2. Обследование и лечение пациентов с нетуберкулезными заболеваниями в противотуберкулезных учреждениях увеличивают экономические затраты службы и создают дополнительную возможность контактов с больными туберкулезом.
3. Необходимо дальнейшее сокращение сроков диагностического процесса при пребывании в противотуберкулезных учреждениях больных с подозрением на туберкулез, что в большой мере зависит от внедрения современных микробиологических, хирургических и эндоскопических методов.
4. В значительной части случаев время установления правильного диагноза, несмотря на использование современных неинвазивных методов диагностики, занимает более 3 нед., поэтому сроки наблюдения в ОБ группе диспансерного учета требуют увеличения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баулин И. А., Гаврилов П. В., Советова Н. А., Мушкин А. Ю. Вопросы дифференциальной диагностики инфекций нижних дыхательных путей и туберкулеза с использованием фторхинолонов в их лечении // Туб. и болезни легких. – 2015. – № 7. – С. 20-21.
2. Валиев Р. Ш., Смирнов Г. А. Показания к стационарному лечению больных туберкулезом. – Казань: Медицина, 2003 г. – 20 с.

3. Зайцева О. Д., Ефимова Е. Г., Еленкина О. К. Организационные аспекты диагностических и лечебных мероприятий в группе лиц, госпитализированных в связи с низкой эффективностью антибактериальной терапии внебольничной пневмонии // Туб. и болезни легких. – 2015. – № 7. – С. 46-47.
4. Сивокозов И. В., Шмелев Е. И., Ловачева О. В. Трудности дифференциальной диагностики диссеминированных процессов в легких // Медицинский совет. – 2013. – № 11. – С. 58-61.

REFERENCES

1. Baulin I.A., Gavrilov P.V., Sovetova N.A., Mushkin A.Yu. The issues of differential diagnostics between the lower respiratory tract infection and tuberculosis and use of fluoroquinolones for their treatment. *Tub. i Bolezni Legkikh*, 2015, no. 7, pp. 20-21. (In Russ.)
2. Valiev R.Sh., Smirnov G.A. *Pokazaniya k stacionarnomu lecheniyu bolnykh tuberkulezom*. [Indications for in-patient treatment of tuberculosis patients]. Kazan, Meditsina Publ., 2003, 20 p.
3. Zaytseva O.D., Efimova E.G., Elenkina O.K. Organizational aspects of diagnostic and treatment activities in those admitted to hospital due to the low efficiency of antibacterial therapy of community acquired pneumonia. *Tub. i Bolezni Legkikh*, 2015, no. 7, pp. 46-47. (In Russ.)
4. Sivokozov I.V., Shmelev E.I., Lovacheva O.V. Difficulties of differential diagnostics of disseminated pulmonary diseases. *Meditsinskyi Sovet*, 2013, no. 11, pp. 58-61. (In Russ.)

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия МЗ РФ»,
420012, г. Казань, ул. Муштары, д. 11.

Валиев Равиль Шамилович

доктор медицинских наук, профессор, заведующий
кафедрой фтизиатрии и пульмонологии.
Факс: 8 (843) 277-41-05.
E-mail: ravil.valiev@tatar.ru

Закирова Наиля Рашидовна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры фтизиатрии
и пульмонологии.
E-mail: nelli.zakirova@tatar.ru

Валиев Азат Равилович

ГБУЗ «Республиканский клинический
противотуберкулезный диспансер» МЗ РТ,
заведующий туберкулезным отделением для больных
урогенитальным туберкулезом.
420075, г. Казань, ул. Прибольничная, д. 1.
Факс: 8 (843) 239-96-47.
E-mail: triklan@ya.ru

Поступила 26.02.2016

FOR CORRESPONDENCE:

Kazan State Medical Academy, Russian Ministry of Health,
11, Mushtari St., Kazan, 420012

Ravil Sh. Valiev

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Phthiology
and Pulmonology Department.
Fax: +7 (843) 277-41-05.
E-mail: ravil.valiev@tatar.ru

Nailya R. Zakirova

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
of Phthiology and Pulmonology Department.
E-mail: nelli.zakirova@tatar.ru

Azat R. Valiev

Republican Clinical TB Dispensary, Ministry of Health
of Tatarstan Republic,
Head of TB Department for Urogenital Tuberculosis Patients.
1, Pribolnichnaya St., Kazan, 420075
Fax: +7 (843) 239-96-47.
E-mail: triklan@ya.ru

Submitted on 26.02.2016